

QCM en

OPHTALMOLOGIE

Sophie LASCHKAR-GANEM

Interne en ophtalmologie, classée 8^e à l'ECN 2014

- **15 cas cliniques** validés par des spécialistes
- **225 QCM** corrigés et commentés
- Le **visuel** important « qui tombe »

ÉDITION 2016

Nouveau programme ECNI

 Medicilline®

Éditions Médicilline

599 rue de la Nivelle - 45200 Amilly

contact@medicilline.com

www.medicilline.com

ISBN 978-2-915220-53-7

© 2015 Éditions Médicilline, première édition

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants-droit ou ayants-cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivant du Code Pénal.

AUTRES OUVRAGES

AUX ÉDITIONS MÉDICILLINE

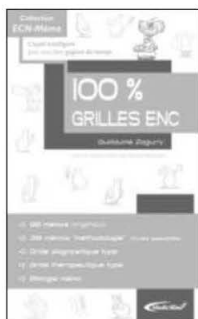
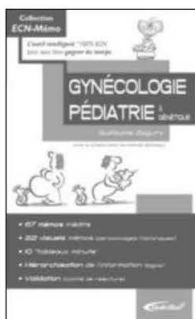
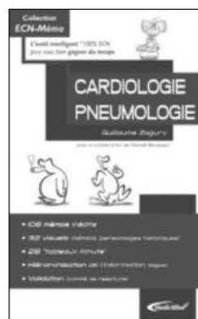
• Collection ECN Mémo

L'outil intelligent "100% ENC" pour vous faire gagner du temps. Une nouvelle collection adaptée au programme et à la nouvelle philosophie ENC : plus de longues listes à apprendre. En 2014, tous les étudiants ont approximativement la même base de connaissances avec environ 325 fiches de synthèse (soit personnelles, soit achetées dans le commerce). L'étape suivante consiste à structurer logiquement cette information, puis ensuite la retenir... Cet ouvrage est l'outil idéal pour décupler votre potentiel mnésique, de façon extrêmement efficace et 100% opérationnelle. Tout a été fait pour vous faire gagner du temps en ne vous proposant que des mémos à impact testés (l'auteur est un ancien conférencier d'internat) et répondant au cahier des charges d'un bon mémo (utilité, homogénéité, court,...).

2 exemples :

- Sérologie pour dater une infection ancienne : IgG (infection ancienne) penser : "GOLD" (IgG=Old, par suite IgM = Infection récente).
- Diabète type 1, les 4 axes du traitement : "DIDS" : Diététique (GLP 50%-30% 20%) - Insuline (1 U/kg/Jr) - Discipline (horaires réguliers,...) - Surveillance An/Sem/Tri/M/Jr).

Sachez sélectionner les 10 mémos adaptés à votre niveau et personnalité (de très nombreux mémos visuels ont été incorporés) et vous avez de l'or entre les mains.

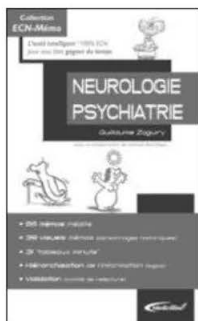
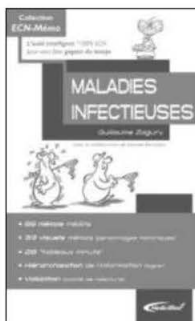
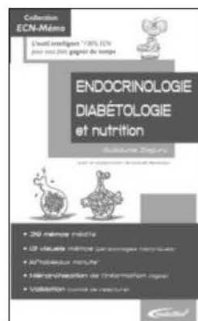
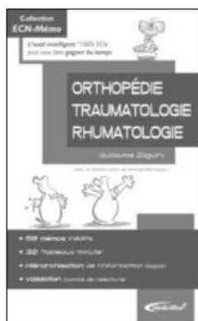


Ouvrages disponibles

en librairie

et sur

www.mediciline.com



• Collection Doc Protocoles

«Une image vaut 1000 mots»

Forte de ce constat, une équipe multidisciplinaire (médecins spécialistes, photographe, informaticiens), sous la direction du Pr Safran et du Dr Georget, nous propose cette collection unique en son genre.

Deux priorités constantes pour cette équipe :

- validation scientifique du travail,
- gain de temps pour l'utilisateur.

Ainsi, dans l'optique d'une utilisation "opérationnelle", notre objectif sera atteint si, à travers ces ouvrages, vous gagnez en assurance :

- avoir le "film en tête" si vous réalisez le geste pour la première fois,
- affiner les détails si vous révisez la technique ("See it, Do it, Teach it").

Ouvrages disponibles en librairie
et sur www.medicilline.com

VOTRE AVIS EST IMPORTANT

Si vous avez une suggestion, une idée de projet éditorial papier ou numérique, n'hésitez pas à nous contacter de façon à voir comment aider à concrétiser ce projet dans les meilleurs délais.

contact@Medicilline

guillaumez888@hotmail.com

AVERTISSEMENTS

Malgré tout le soin que nous avons apporté à l'élaboration de cet ouvrage, une erreur est toujours possible. Les informations publiées dans cet ouvrage ne sauraient engager la responsabilité des auteurs.

Copyright : Toute utilisation de mémos de cet ouvrage doit se faire après acceptation des éditions Médicilline.

SOMMAIRE

Cas clinique n° 1	11
Cas clinique n° 2	21
Cas clinique n° 3	31
Cas clinique n° 4	41
Cas clinique n° 5	53
Cas clinique n° 6	65
Cas clinique n° 7	77
Cas clinique n° 8	87
Cas clinique n° 9	97
Cas clinique n° 10	107
Cas clinique n° 11	117
Cas clinique n° 12	127
Cas clinique n° 13	137
Cas clinique n° 14	147
Cas clinique n° 15	157
Cahier iconographies couleur	167

DÉDICACES

À Simon, mon Boulou.

À mes parents, soeurs, frère, beaux-frères
et miochards préférés.

À tous mes amis, de la fac et d'ailleurs.

À Mickaël et Alexandre, mes co-internes de choc.

À mes anciens co-internes de Necker.

Sophie Laschkar

À SAVOIR :

- Pour chaque cas clinique (**cf. ci-contre**) sont indiqués en première page le niveau de difficulté, sur une échelle de 3, ainsi que le degré de « tombabilité » (thermomètre) sur une échelle de 5.
- Le concours se déroulera sur tablette tactile avec déroulement progressif du cas clinique, réponses à fournir sans possibilité de lire le cas en intégralité et de revenir sur les réponses précédentes. L'idée est de réaliser le cas en conditions réelles sans le lire dans son intégralité mais question par question.

Difficulté : 1 2 3

Monsieur X, 75 ans, sans antécédents, présente une BAV bilatérale de loin depuis 8 mois.

L'acuité visuelle est actuellement à 5/10 P3 des deux côtés.

La PIO est à 14 mmHG à droite et 15 mmHG à gauche.



QCM I

Quels signes seraient en faveur d'une DMLA exsudative ?

- A - BAV d'apparition brutale
- B - Présence de métamorphopsies
- C - Présence de scotome central
- D - Présence de myodésopsies
- E - Déficit altitudinal du champ visuel

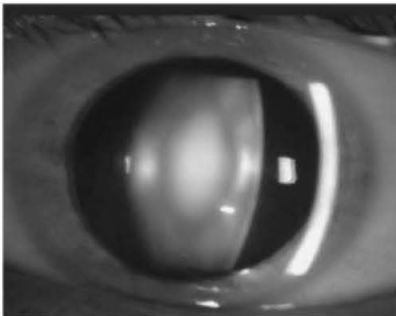
QCM 2

Finalement vous ne retrouvez aucun de ces signes, la BAV est d'aggravation progressive, le(s) diagnostic(s) le(s) plus probable(s) est/sont :

- A - Cataracte bilatérale sénile
- B - DMLA atrophique
- C - NOIAA artéritique
- D - NOIAA non artéritique
- E - NORB

QCM 3

Vous retrouvez cet aspect aux deux yeux à la lampe à fente, le fond d'œil est normal, quel est le diagnostic final ?



Retrouvez cette iconographie en couleurs page 167

- A - Cataracte sous-capsulaire postérieure bilatérale
- B - Cataracte nucléaire bilatérale

- C - Cataracte cortico-nucléaire bilatérale
- D - Cataracte corticale bilatérale
- E - Cataracte polaire bilatérale

QCM 4

Quel(s) signe(s) auriez vous pu retrouver à l'interrogatoire en faveur de ce diagnostic ?

- A - Une diplopie binoculaire
- B - Une diplopie monoculaire
- C - Une photophobie
- D - Une modification de la perception des couleurs
- E - Une BAV de près

QCM 5

Quel(s) est/sont le(s) facteur(s) de risque de cette pathologie de manière générale ?

- A - HTA
- B - Diabète
- C - Hypoparathyroïdie
- D - Prise de corticoïdes au long cours
- E - Dyslipidémie

QCM 6

Quelle est la cause la plus probable de cette pathologie ici ?

- A - Traumatique
- B - Iatrogène
- C - Congénitale
- D - Métabolique
- E - Sénile

QCM 7

Une myopisation peut être observée dans cette pathologie suite à :

- A - Une modification de longueur axiale de l'œil
- B - Une modification de l'indice de réfraction de la cornée
- C - Une modification de l'indice de réfraction du cristallin
- D - Une modification de l'indice de réfraction du cristallin et de la cornée
- E - Une modification de l'indice de réfraction du vitré

QCM 8

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) est/sont nécessaire(s) au diagnostic ?

- A - Une échographie en mode A
- B - Une échographie en mode B
- C - Une kératométrie
- D - Une pachymétrie
- E - Aucun examen complémentaire

QCM 9

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) est/sont nécessaire(s) au bilan préthérapeutique ?

- A - Une échographie en mode A
- B - Une échographie en mode B
- C - Une kératométrie
- D - Une pachymétrie
- E - Aucun examen complémentaire

QCM 10

Finalement vous décidez d'opérer le patient, sur quel(s) critère(s) s'est basé votre décision ?

- A - L'aspect du cristallin à la lampe à fente
- B - L'acuité visuelle
- C - Le souhait du patient
- D - L'épaisseur de la cornée
- E - Aucun de ces critères

QCM 11

Quel est le geste chirurgical non réalisé en l'absence de complications ?

- A - Phakoémulsification du cristallin
- B - Hydrodissection du cristallin
- C - Vitrectomie
- D - Extraction extra-capsulaire du cristallin
- E - Incision cornéenne

QCM 12

Dans la majorité des cas, l'implant est mis en place :

- A - Dans le même temps, en chambre antérieure
- B - Dans le même temps, en chambre postérieure
- C - Dans le même temps, en segment antérieur
- D - Dans le même temps, en segment postérieur
- E - Il n'est mis en place que lors d'une seconde intervention chirurgicale

QCM 13

Quels sont les principales complications de cette intervention chirurgicale ?

- A - Un œdème papillaire
- B - Un œdème maculaire
- C - Un décollement de rétine
- D - Une endophtalmie
- E - Une OVCR

QCM 14

Au bout d'un an, Monsieur X. se plaint à nouveau d'une BAV bilatérale d'aggravation progressive, quel est le diagnostic le plus probable ?

- A - Une DMLA exsudative
- B - Une endophtalmie
- C - Une NOIAA
- D - Une cataracte secondaire
- E - Un décollement de rétine

QCM 15

Quel est le traitement de cette pathologie ?

- A - Une vitrectomie
- B - Des injections intra-vitréennes d'anti-VEGF
- C - Une séance de laser Yag
- D - Une antibiothérapie locale et générale
- E - Une abstention thérapeutique

RÉPONSES :

QCM 1 : ABC - QCM 2 : AB - QCM 3 : B - QCM 4 : BCD - QCM 5 : BCD - QCM 6 : E - QCM 7 : C - QCM 8 : E - QCM 9 : AC - QCM 10 : BC - QCM 11 : C - QCM 12 : BC - QCM 13 : BCD - QCM 14 : D - QCM 15 : C.

Items abordés :

127 - Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé.

Références HAS

- Conditions de la réalisation de la chirurgie de la cataracte (mai 2010).

Les conseils du spécialiste

Le diagnostic de cataracte est clinique mais nécessite en pré-opératoire deux examens indispensables :

- L'écho A : mesure la longueur axiale de l'œil.
- La keratométrie : mesure la courbure cornéenne.

Ces deux mesures permettront d'obtenir le calcul de puissance de l'implant, à l'aide de formules mathématiques complexes.

PMZ

- L'implant est toujours mis en chambre postérieure.
- La chirurgie est indiquée seulement en cas de BAV sensible (Seuil avoisinant les 6/10).

Difficulté : 1 2 3



Madame M., 82 ans présente depuis quelques années une BAV bilatérale de loin et de près.

Elle a pour antécédents une HTA équilibrée sous traitement par IEC, une PTH gauche et une cataracte bilatérale opérée il y 10 ans.

Elle est actuellement à 6/10 P10 des deux côtés.

L'examen à la lampe à fente ne retrouve pas d'anomalies.

La PIO est à 15 mmHG à droite et 17 mmHG à gauche.

QCM I

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique?

- A - Rétinopathie hypertensive
- B - OVCR
- C - DMLA atrophique
- D - DMLA exsudative
- E - Rétinite pigmentaire

QCM 2

Quels peuvent être les signes en faveur de cette pathologie ?

- A - Une BAV de loin
- B - Une BAV de près
- C - Des myodésopsies
- D - Une HTO
- E - Des phosphènes

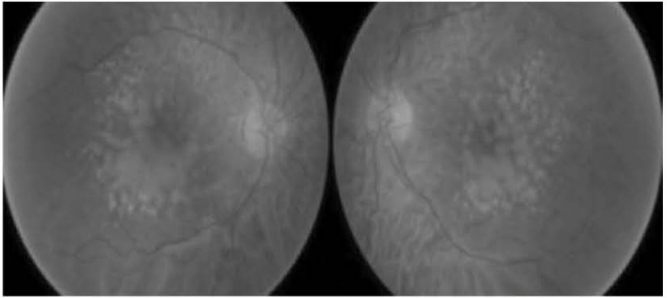
QCM 3

Quels facteurs de risque recherchez-vous à l'interrogatoire ?

- A - Une dyslipidémie
- B - Un diabète
- C - Une intoxication tabagique
- D - Des ATCD familiaux de DMLA
- E - Un IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$

QCM 4

Quelles lésions retrouvez-vous au fond d'œil ?



Retrouvez cette iconographie en couleurs page 167

- A - Un œdème papillaire
- B - Des drüsens
- C - Des zones d'atrophie de l'épithélium pigmentaire
- D - Des hémorragies péripapillaires
- E - Des nodules cotonneux

QCM 5

À tort ou à raison, vous décidez de réaliser un OCT maculaire, comment l'interprétez-vous ?



Retrouvez cette iconographie en couleurs page 167

- A - Atrophie maculaire
- B - Néovaisseaux choroïdiens
- C - Œdème maculaire
- D - Décollement de rétine maculaire
- E - OCT normal

QCM 6

Comment peut se traduire la DMLA atrophique d'un point de vue histologique ?

- A - Disparition progressive des cellules de l'épithélium pigmentaire
- B - Disparition progressive des cellules ganglionnaires
- C - Disparition progressive des photorécepteurs
- D - Néovaisseaux choroïdiens
- E - Néovaisseaux réiniens

QCM 7

À ce stade, quel traitement pouvez vous lui proposer ?

- A - Injection intra-vitréenne d'anti-VEGF
- B - Photothérapie dynamique rétrofovéolaire
- C - Injection intra-vitréenne de corticoïdes

D - Photocoagulation laser extrafovéolaire

E - Aucun traitement médical n'a démontré son efficacité

QCM 8

Quelles aides pouvez-vous lui proposer si l'acuité visuelle continue de se détériorer ?

A - Aides visuelles, systèmes grossissants

B - Rééducation orthoptique

C - Ergothérapie

D - Psychologue

E - Auxiliaire de vie

QCM 9

Quel est le pronostic visuel sous traitement de cette maladie ?

A - Récupération visuelle totale dans la majorité des cas

B - Récupération visuelle partielle dans la majorité des cas

C - Stabilisation de l'acuité visuelle

D - Aggravation inexorable de l'acuité visuelle

E - Aggravation de l'acuité visuelle de loin uniquement

QCM IO

Quels sont les points principaux de la surveillance ?

- A - Fond d'œil bilatéral et comparatif
- B - Acuité visuelle de près
- C - Acuité visuelle de loin
- D - Autosurveillance
- E - Grille d'Amsler

QCM II

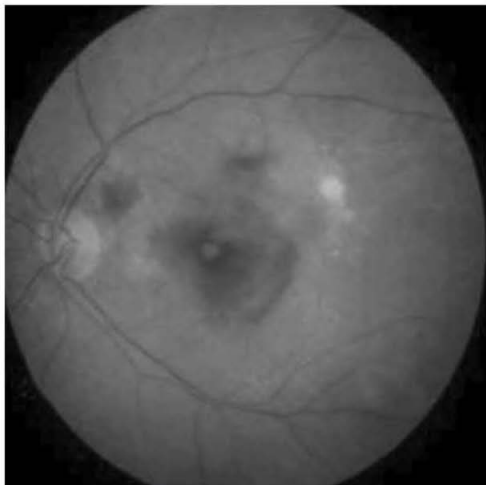
Quel est l'examen complémentaire le plus utile lors du suivi ?

- A - Campimétrie
- B - Angiographie au vert d'indocyanine
- C - Angiographie à la fluorescéine
- D - OCT
- E - Test de vision des couleurs

QCM 12

Deux ans plus tard, Madame M. consulte aux urgences car elle présente une BAV gauche brutale.

L'examen ophtalmologique retrouve une AV à 5/10 P12 à droite et 2/10 P14 à gauche. L'examen du fond d'œil droit retrouve des drüsens maculaires isolés, vous notez cet aspect au fond d'œil gauche :



Retrouvez cette iconographie en couleurs page 168

Qu'y retrouvez-vous ?

- A - Des exsudats maculaires
- B - Un œdème papillaire
- C - Des hémorragies péri-maculaires
- D - Des drüsens
- E - Un œdème maculaire

QCM 13

Quels traitements pouvez-vous lui proposer?

- A - Injection d'anti-VEGF
- B - Photothérapie dynamique rétrofovéolaire
- C - Rééducation orthoptique
- D - Photocoagulation laser extrafovéolaire
- E - Aides visuelles

QCM 14

La DMLA touche en France :

- A - 100 000 personnes
- B - 500 000 personnes
- C - 1,5 million de personnes
- D - 3 millions de personnes
- E - 5 millions de personnes

QCM 15

La patiente vous demande si sa fille encourt un risque de développer une DMLA, que lui répondez-vous?

- A - Le risque est identique à celui de la population générale
- B - Le risque est nul
- C - Le risque est multiplié par 3
- D - Le risque est multiplié par 10
- E - Le risque est multiplié par 30

RÉPONSES :

QCM 1 : C - QCM 2 : AB - QCM 3 : CD - QCM 4 : BC - QCM 5 : A - QCM 6 : AC - QCM 7 : E - QCM 8 : ABCDE - QCM 9 : D - QCM 10 : ABCDE - QCM 11 : D - QCM 12 : ACDE - QCM 13 : ABCDE - QCM 14 : C - QCM 15 : C.

Items abordés :

127 - Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé.

Références HAS

DMLA, prise en charge diagnostique et thérapeutique (juin 2012).

Les conseils du spécialiste

Commentaires

6. Il n'y a pas de néovaisseaux dans la DMLA atrophique. La présence de néovaisseaux choroïdiens signe le caractère exsudatif de la DMLA.

7. Les autres options thérapeutiques peuvent être discutées dans le cadre d'une DMLA exsudative.

8. Une prise en charge pluridisciplinaire (ophtalmologiste, orthoptiste, ergothérapeute, psychologue, aide-soignant) est conseillée.

14. 8 % des personnes de plus de 50 ans sont touchées par la DMLA.

15. **Le risque de DMLA est multiplié par 3 en cas d'antécédents familiaux** et par 5 en cas de tabagisme important.

PMZ

- La DMLA atrophique et exsudative peuvent coexister.

- Syndrome maculaire = triade BAV, métamorphosies, scotome.

Difficulté : 1 2 3

Monsieur M., 41 ans, sans antécédents consulte aux urgences ce matin pour BAV unilatérale rapidement progressive depuis ce matin. À l'examen vous retrouvez une douleur à la mobilisation des globes oculaires, une AV à 1/10 à gauche et 10/10 à droite. Vous retrouvez une pupille de Marcus Gunn à gauche. L'examen cardiologique, neurologique et digestif est normal.



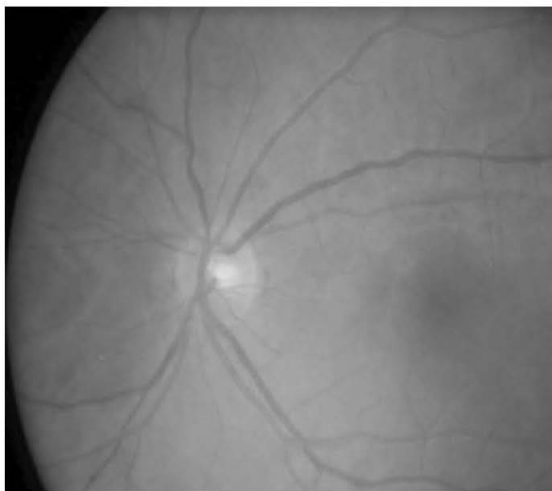
QCM I

Qu'est que ce qu'une pupille de Marcus Gunn ?

- A - À l'éclairement de l'œil atteint, le réflexe photomoteur direct et consensuel sont diminués
- B - À l'éclairement de l'œil atteint, le réflexe photomoteur direct et consensuel sont conservés
- C - À l'éclairement de l'œil sain, le réflexe photomoteur direct et consensuel sont conservés
- D - À l'éclairement de l'œil sain, le réflexe photomoteur direct et consensuel sont diminués
- E - Il s'agit d'un déficit pupillaire afférent relatif

QCM 2

Vous ne retrouvez pas d'anomalies au fond d'œil droit, voici l'aspect du fond d'œil gauche, comment l'interprétez-vous ?



Retrouvez cette iconographie en couleurs page 168

- A - Œdème papillaire
- B - Pâleur papillaire
- C - Rétine ischémique
- D - Œdème maculaire
- E - Fond d'œil normal

QCM 3

Quel diagnostic vous paraît le plus probable ?

- A - Une NOIAA gauche
- B - Une NORB gauche
- C - Une OVCR gauche
- D - Une OACR gauche
- E - Une rétinopathie hypertensive gauche

QCM 4

Quelles en sont les causes possibles ?

- A - Alcoolique
- B - Toxique
- C - Idiopathique
- D - Sclérose en plaque
- E - Médicamenteuse

QCM 5

Quels sont les arguments en défaveur d'une sclérose en plaque dans ce cas?

- A - L'âge
- B - Le sexe
- C - L'examen neurologique normal
- D - L'aspect du fond d'œil
- E - La présence de douleur à la mobilisation des globes oculaires

QCM 6

Que pourriez-vous retrouver à l'examen du champ visuel ?

- A - Un scotome arciforme de Bjerrum
- B - Un scotome central
- C - Un ressaut nasal
- D - Un scotome caecocentral
- E - Une déficit altitudinal horizontal

QCM 7

Quels examens pourraient s'avérer utiles au diagnostic de NORB ?

- A - L'examen de la vision des couleurs
- B - Un électro-rétinogramme
- C - Un électro-oculogramme
- D - Un OCT
- E - Des potentiels évoqués visuels

QCM 8

Il s'agit bien d'une NORB gauche. Quel traitement réalisez-vous en urgence ?

- A - Une injection intra-vitréenne de corticoïdes dans l'œil gauche
- B - Une corticothérapie topique en collyre
- C - Une corticothérapie per os
- D - Une corticothérapie en IVL
- E - Une corticothérapie en bolus IV

QCM 9

Quels sont les 3 examens du bilan préthérapeutique que vous effectuez en priorité ?

- A - HCG urinaires
- B - ECG
- C - Glycémie
- D - Kaliémie
- E - Calcémie

QCM 10

Le patient, inquiet, vous demande des informations sur son pronostic visuel, que lui répondez-vous ?

- A - Le pronostic est excellent, avec une bonne récupération visuelle en 8-10 jours
- B - Le pronostic est bon, avec une bonne récupération visuelle en 3 mois
- C - Le pronostic est péjoratif, avec une bonne récupération visuelle en 1 an
- D - Une mauvaise récupération visuelle est possible
- E - Une récurrence homo ou controlatérale est possible

QCM II

Vous vous intéressez à présent à un autre patient adressé par le médecin traitant pour trouble oculomoteur. Il s'agit d'une femme de 32 ans, atteinte de SEP récurrente rémittente. Elle présente ces troubles depuis 2 jours :



Décrivez les photographies :

- A - Limitation de l'adduction de l'œil gauche
- B - Limitation de l'abduction de l'œil gauche
- C - Limitation de l'abduction de l'œil droit
- D - Limitation de l'adduction de l'œil droit
- E - Convergence conservée

QCM 12

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A - Paralysie du III droit
- B - Paralysie du III gauche
- C - Paralysie du VI droit
- D - Ophtalmoplégie internucléaire droite
- E - Ophtalmoplégie internucléaire gauche

QCM 13

Quelles atteintes ophtalmologiques peuvent classiquement être retrouvées chez les patients atteints de SEP ?

- A - Paralysie du VI
- B - Nystagmus
- C - Périphlébites rétiniennes
- D - Paralysie du III
- E - Paralysie du IV

QCM 14

Si la patiente précédente avait présenté les troubles suivants, comment les auriez-vous décrits ?



- A - Limitation de l'adduction de l'œil gauche
- B - Limitation de l'abduction de l'œil gauche
- C - Limitation de l'abduction de l'œil droit
- D - Limitation de l'adduction de l'œil droit
- E - Convergence conservée

QCM 15

Quel serait alors le diagnostic le plus probable ?

- A - Paralysie du III gauche
- B - Paralysie du VI gauche
- C - Paralysie du VI droit
- D - Ophtalmoplégie internucléaire droite
- E - Ophtalmoplégie internucléaire gauche

RÉPONSES :

QCM 1 : ACE - QCM 2 : E - QCM 3 : C - QCM 4 : ABCDE
- QCM 5 : AB - QCM 6 : BD - QCM 7 : AE - QCM 8 : E -
QCM 9 : ABD - QCM 10 : BDE - QCM 11 : DE - QCM 12 :
D - QCM 13 : ABC - QCM 14 : C - QCM 15 : C.

Items abordés : 102 - Sclérose en plaques.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. À l'éclairement de l'œil atteint, les réflexes photomoteurs direct et consensuel sont diminués, tandis qu'ils sont conservés à l'éclairement de l'œil sain.
2. Le fond d'œil est normal, comme dans la grande majorité des cas de NORB. La papille est bien colorée, ses contours sont nets.
5. La SEP touche plus fréquemment la femme jeune. Une NORB isolée avec examen neurologique normal est inaugurale de la SEP dans 30 % des cas. Un examen neurologique normal n'est donc pas un argument en défaveur du diagnostic.
7. L'atteinte du nerf optique se traduit par une dyschromatopsie rouge-vert. Une dyschromatopsie jaune-bleu peut apparaître dans les affections maculaires. En cas de SEP, les PEV montreront un allongement des temps de latence, causé par la démyélinisation. Par ailleurs, une IRM cérébrale doit être effectuée pour rechercher des arguments en faveur d'une SEP.
8. Des bolus IV de corticoïdes à forte dose pendant 3 jours ont démontré une amélioration du pronostic visuel.
9. Un diabète cortico-induit ou une hypocalcémie sont induits dans la majorité des cas par une corticothérapie prolongée.
10. Une récurrence est observée dans 30 % des cas.
12. C'est une atteinte de la bandelette longitudinale postérieure reliant le noyau du III au noyau du VI. L'œil atteint présente un déficit d'adduction.

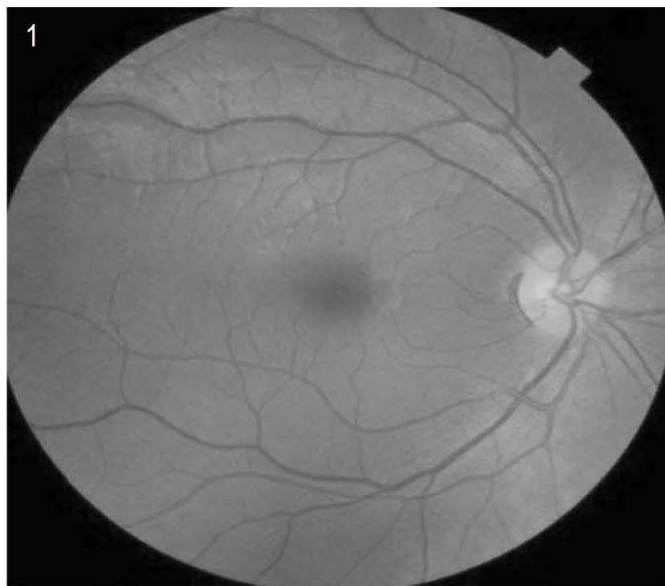
Difficulté : 1 2 3

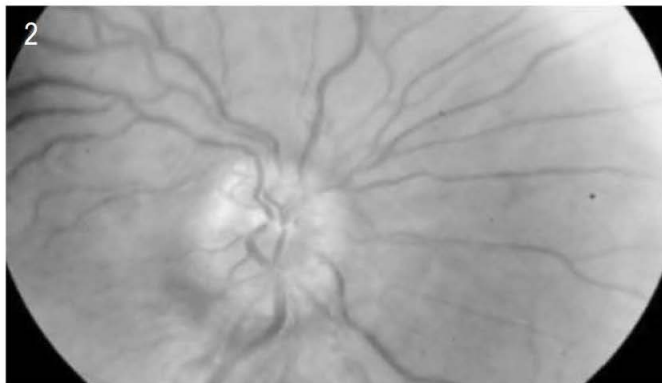


Madame M., 77 ans, sans antécédents vous consulte cet après-midi car elle présente depuis ce matin une BAV gauche. Elle vous signale par ailleurs des céphalées persistantes depuis quelques semaines.

Vous retrouvez une AV à 10/10 P2 à droite et 5/10 P6 à gauche. Les yeux sont blancs et indolores. L'examen à la lampe à fente ne révèle aucune anomalie.

Vous réalisez les fond d'œil suivants :





Retrouvez cette iconographie en couleurs page 169

QCM I

Interprétez le fond d'œil numéro 1 :

- A - Fond d'œil droit
- B - Fond d'œil gauche
- C - Pâleur papillaire
- D - Œdème papillaire
- E - Fond d'œil normal

QCM 2

Interprétez le fond d'œil numéro 2 :

- A - Fond d'œil droit
- B - Fond d'œil gauche
- C - Pâleur papillaire
- D - Œdème papillaire
- E - Fond d'œil normal

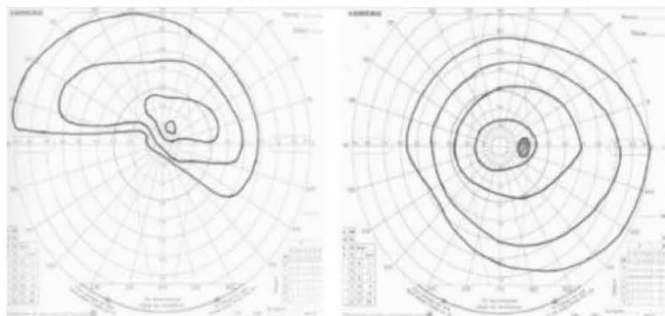
QCM 3

Quel examen réalisez-vous en urgence ?

- A - Un champ visuel
- B - Un examen de la vision des couleurs
- C - Une angiographie fluorescéinique
- D - Une BAT
- E - Une CRP

QCM 4

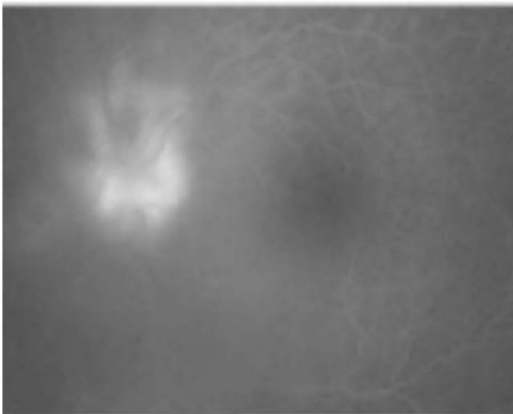
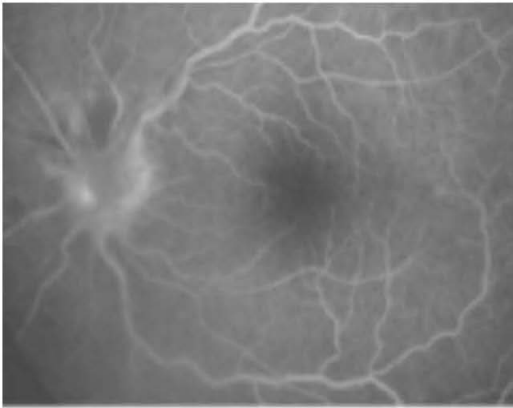
À tort ou à raison, un CV est réalisé, comment l'interprétez-vous ?



- A - Un ressaut nasal gauche
- B - Un scotome arciforme gauche
- C - Un déficit altitudinal horizontal gauche
- D - Un scotome caecocentral gauche
- E - Un déficit fasciculaire gauche

QCM 5

À tort ou à raison, une angiographie fluorescéinique est réalisée, comment l'interprétez-vous ?



- A - Œdème papillaire gauche
- B - Œdème maculaire gauche
- C - Présence de néovaisseaux choroïdiens
- D - Présence de néovaisseaux rétinien
- E - Angiographie normale

QCM 6

Vous obtenez finalement le résultat de la CRP, elle est à 72 mg/l. Quel est votre diagnostic ?

- A - NOIAA artéritique gauche
- B - NOIAA non artéritique gauche
- C - NORB gauche
- D - OACR gauche
- E - OVCR gauche

QCM 7

Quelle est votre attitude thérapeutique ?

- A - Corticothérapie par voie générale en urgence
- B - Corticothérapie par voie générale après réalisation de la BAT
- C - Hémodilution
- D - Fibrinolytiques IV
- E - Anticoagulation efficace

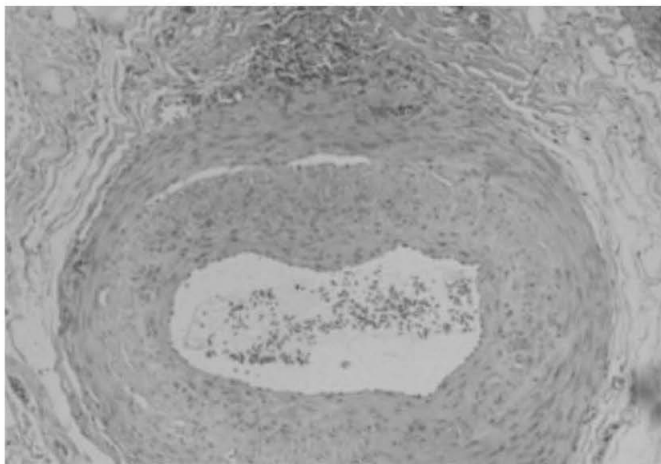
QCM 8

La patiente vous demande si ce traitement va lui permettre de récupérer sa vue, que lui répondez-vous ?

- A - Aucune récupération visuelle n'est à espérer
- B - Il permet de prévenir une bilatéralisation
- C - Il permet de prévenir une aggravation de l'œil atteint
- D - Une récupération visuelle modérée est possible
- E - Une récupération visuelle totale est possible

QCM 9

Vous récupérez la BAT gauche, décrivez-la :



Retrouvez cette iconographie en couleurs page 169

- A - Présence de cellules géantes
- B - Rupture de la limitante élastique interne
- C - Présence de cellules multinucléées
- D - Épaississement de la média
- E - Épaississement de l'intima

QCM 10

Votre diagnostic de certitude est une artérite à cellules géantes compliquée de NOIAA gauche. Quel traitement supplémentaire envisagez-vous ?

- A - Anticoagulation efficace
- B - Anticoagulation préventive
- C - Anti-agrégation plaquettaire
- D - Hémodilution
- E - Fibrinolytiques

QCM II

Quels sont les vaisseaux touchés par cette pathologie ?

- A - L'artère centrale de la rétine
- B - La veine centrale de la rétine
- C - Les artères ciliaires postérieures
- D - L'artère ophtalmique
- E - L'artère carotide interne

QCM I2

Quelles atteintes ophtalmologiques peut on retrouver dans le cadre d'une artérite à cellules géantes ?

- A - NORB
- B - OBVCR
- C - OACR
- D - Diplopie binoculaire
- E - OBACR

QCM 13

Quelles sont les mécanismes d'une diplopie binoculaire dans le cadre d'une artérite à cellules géantes ?

- A - Atteinte musculaire ischémique
- B - Atteinte de la jonction neuro-musculaire
- C - Atteinte directe des nerfs oculomoteurs
- D - Atteinte des noyaux des nerfs oculomoteurs
- E - Atteinte supra-nucléaire

QCM 14

Quel est l'âge moyen au diagnostic d'artérite à cellules géantes ?

- A - 50 ans
- B - 60 ans
- C - 70 ans
- D - 80 ans
- E - 90 ans

QCM 15

Quel est le pourcentage de NOIAA chez les patients atteints d'artérite à cellules géantes ?

- A - 5 %
- B - 10 %
- C - 25 %
- D - 40 %
- E - 60 %

RÉPONSES :

**QCM 1 : AE - QCM 2 : BCD - QCM 3 : E - QCM 4 : CE -
QCM 5 : A - QCM 6 : A - QCM 7 : A - QCM 8 : ABC - QCM
9 : ABCE - QCM 10 : C - QCM 11 : ACDE - QCM 12 : ACD
- QCM 13 : AC - QCM 14 : C - QCM 15 : C.**

Items abordés :

221 - Hypertension artérielle de l'adulte.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

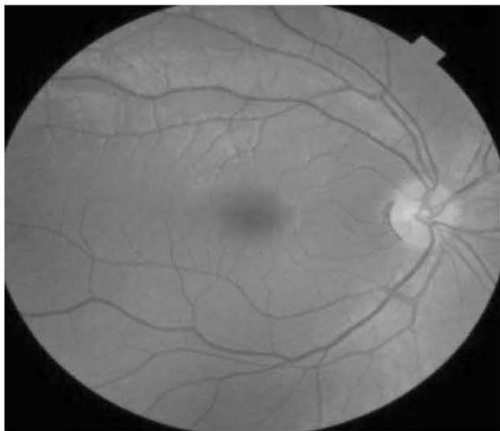
1. Le côté du fond d'œil est le même que celui de la papille.
3. La CRP doit être dosée en urgence pour rechercher un syndrome inflammatoire. Une CRP élevée est en faveur du caractère artéritique d'une NOIAA.
4. Le déficit visuel concerne le trajet d'un faisceau nerveux rétinien.
6. La patiente n'a pas de facteurs de risque cardiovasculaires et présente un syndrome inflammatoire.
7. La corticothérapie ne négative pas les résultats de la BAT si elle est faite dans les 15 jours suivant le début du traitement. Il s'agit d'une urgence thérapeutique, rien ne doit retarder l'instauration de la corticothérapie.
10. On peut discuter une prise d'aspirine au long cours chez cette patiente.
12. Attention, les branches de l'artère centrale de la rétine ne sont pas des artères musculaires, elles ne sont donc jamais touchées dans les artérites à cellules géantes.
14. Il s'agit d'une pathologie du sujet âgé: JAMAIS d'artérite à cellules géantes avant 50 ans.

Difficulté : 1 2 3



Vous recevez Madame V., 45 ans, à votre cabinet pour une consultation ophtalmologique de routine. La patiente a pour unique antécédent une HTA traitée par IEC avec hypotension artérielle orthostatique. À l'examen, vous retrouvez une acuité visuelle à 10/10 P2 avec une correction de - 2 aux deux yeux. Les segment antérieurs sont sans particularité. Les chambres antérieures sont calmes et profondes. Vous mesurez une PIO à 15 mmHg à droite et 23 mmHg à gauche.

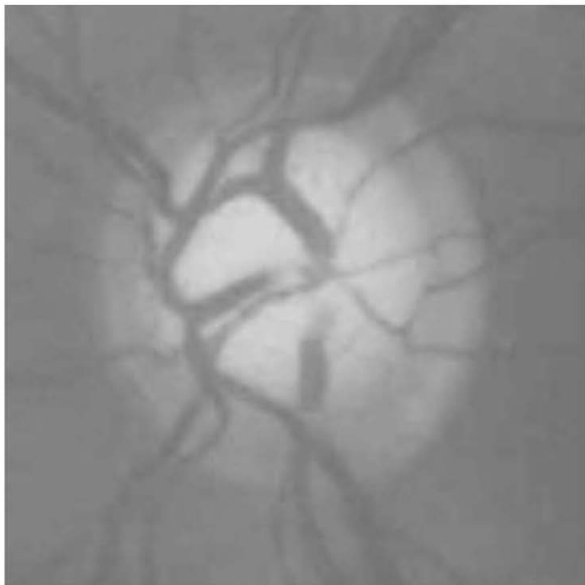
QCM I



Vous réalisez le fond d'œil droit, comment l'interprétez-vous ?

- A - Papille non excavée
- B - Papille excavée, C/D = 0,3
- C - Papille excavée, C/D = 0,7
- D - Papille excavée, C/D = 0,9
- E - Aspect en chaudron de la papille

QCM 2



Retrouvez cette iconographie en couleurs page 170

Vous réalisez à présent le fond d'œil gauche, comment l'interprétez-vous ?

- A - Papille non excavée
- B - Papille excavée, C/D = 0,3
- C - Papille excavée, C/D = 0,7
- D - Papille excavée, C/D = 0,9
- E - Aspect en chaudron de la papille

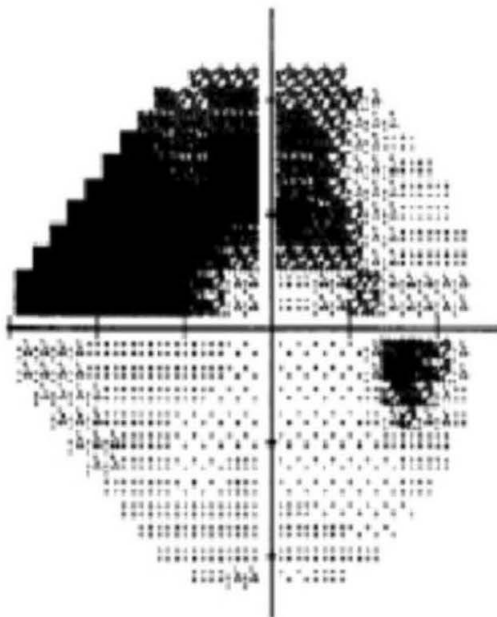
QCM 3

Quel est l'examen complémentaire à réaliser en priorité ?

- A - Une pachymétrie
- B - Une kératométrie
- C - Une périmétrie statique automatisée de Humphrey
- D - Une périmétrie cinétique manuelle de Goldman
- E - Un OCT

QCM 4

Interprétez cet examen :



- A - Scotome central
- B - Scotome arciforme
- C - Déficit altitudinal horizontal
- D - Scotome caeco-central
- E - Périométrie normale

QCM 5

Si le patient présentait une HTO isolée (pas d'excavation papillaire, CV normal), quel examen auriez-vous réalisé en priorité ?

- A - Une pachymétrie
- B - Une kératométrie
- C - Une échographie en mode B
- D - Un examen de la vision des couleurs
- E - Un OCT

QCM 6

Le glaucome chronique à angle ouvert est défini par l'association :

- A - Œil rouge
- B - Hypertonie oculaire
- C - Déficit du champ visuel
- D - Excavation papillaire $> 0,6$
- E - Excavation papillaire $> 0,3$

QCM 7

Le patient présente effectivement un glaucome chronique à angle ouvert unilatéral gauche. Quel traitement de première intention prescrivez-vous ?

- A - Un collyre de bêta-bloquant
- B - Un collyre de prostaglandines
- C - Un collyre d'inhibiteurs de l'anhydrase carbonique
- D - Un collyre d'agonistes alpha-1-adrénergique

QCM 8

Quels sont les mécanismes d'action des ces collyres ?

- A - Les prostaglandines inhibent la sécrétion d'humeur aqueuse
- B - Les prostaglandines stimulent l'élimination d'humeur aqueuse
- C - Les bêta-bloquants inhibent la sécrétion d'humeur aqueuse
- D - Les bêta-bloquants stimulent l'élimination d'humeur aqueuse
- E - Les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique stimulent l'élimination d'humeur aqueuse

QCM 9

Vous prescrivez finalement un collyre de prostaglandines, de quels effets indésirables devez-vous prévenir le patient ?

- A - Rougeur oculaire
- B - Modification de coloration de l'iris
- C - Irritation oculaire
- D - Accélération de la pousse des cils
- E - Conjonctivite

QCM 10

Quelle est la durée de traitement ?

- A - 6 mois
- B - 1 an
- C - 5 ans
- D - Pas de durée de traitement définie : arrêt du traitement une fois la PIO stabilisée
- E - À vie

QCM 11

6 mois plus tard, la PIO est toujours au dessus de la normale à gauche, le rapport C/D est stable. L'examen de l'œil droit est strictement normal. Que faites-vous ?

- A - Bithérapie de collyres hypotonisants
- B - Trithérapie de collyre hypotonisants
- C - Iridotomie gauche
- D - Iridectomie gauche
- E - Trabéculéctomie gauche

QCM 12

Le glaucome chronique à angle ouvert :

- A - Représente la première cause de cécité dans les pays développés
- B - Représente la deuxième cause de cécité dans les pays développés
- C - Concerne 300 000 personnes en France
- D - Concerne 1 million de personnes en France
- E - Entraîne systématiquement une hypertonie oculaire

QCM 13

Vous perdez de vue la patiente pendant 15 ans, elle revient vous voir et vous avoue ne pas suivre le traitement, la tension oculaire est à 24 mmHg des deux côtés, vous réalisez un nouveau champ visuel qui retrouve un îlot tubulaire de vision centrale. Le FO retrouve une excavation à 0,7 à droite et 0,9 à gauche.

La patiente vous demande si elle peut constituer un dossier MDPH, que lui répondez-vous?

- A - Cela dépend uniquement de l'acuité visuelle
- B - Oui, si l'acuité visuelle est $< 7/10$ des deux côtés
- C - Non, car elle n'a pas suivi le traitement indiqué
- D - Non, jamais dans les cas de glaucome chronique à angle ouvert
- E - Oui, quelle que soit l'acuité visuelle

QCM 14

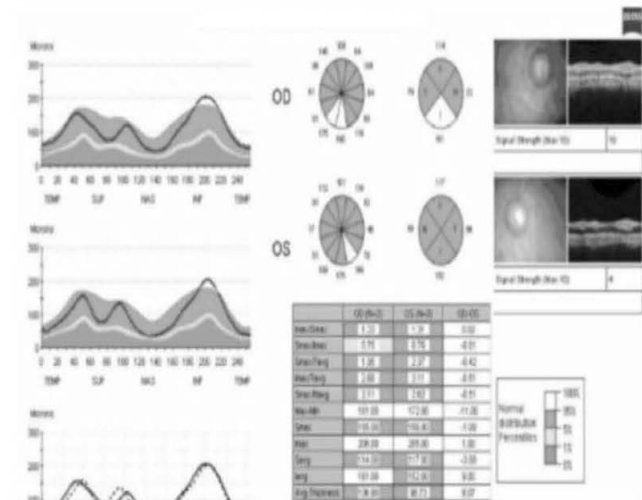
Quelles sont les propositions exactes ?

- A - Le glaucome chronique à angle ouvert est une maladie chronique, très longtemps à symptomatique
- B - Le glaucome chronique à angle ouvert se traduit le plus souvent par de multiples épisodes d'œil rouge et douloureux
- C - Le glaucome chronique à angle ouvert est une trabéculopathie associée à une dégénérescence des fibres du nerf optique
- D - Un blocage pupillaire et trabéculaire est présent dans le glaucome chronique à angle ouvert
- E - Le glaucome chronique à angle ouvert est toujours associé à une hypertension oculaire

QCM 15

Un examen non invasif récent permet de suivre l'évolution de la maladie. Comment se nomme-t-il ?

- A - OCT maculaire
- B - OCT des fibres optiques (RNFL)
- C - Périmétrie statique de Goldman
- D - Périmétrie automatisée de Humphrey
- E - Kératométrie



RÉPONSES :

QCM 1 : B - QCM 2 : C - QCM 3 : C - QCM 4 : B - QCM 5 : A - QCM 6 : BCE - QCM 7 : B - QCM 8 : BC - QCM 9 : ABCD - QCM 10 : E - QCM 11 : A - QCM 12 : BD - QCM 13 : E - QCM 14 : AC - QCM 15 : B.

Items abordés :

82 - Glaucome chronique.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. Une excavation inférieure ou égale à 0,3 est physiologique.
2. Un aspect en chaudron signerait une excavation totale.
3. Un champ visuel automatisé de Humphrey est à réaliser en priorité pour explorer les 30 degrés de vision centrale. Un champ visuel manuel de Goldman est moins précis. Un OCT permettant de mesurer l'épaisseur des fibres optiques peut être envisagé dans un deuxième temps. La pachymétrie n'est réalisée qu'en cas d'HTO isolée (papille non excavée) : une épaisseur de cornée trop importante peut surestimer la PIO.
4. Le déficit correspond au trajet des fibres optiques atteintes.
5. Attention, une épaisseur cornéenne élevée peut surestimer la PIO, le premier examen à réaliser dans le cas d'une HTO isolée est donc la pachymétrie.
7. Le traitement de première intention du GCAO est une monothérapie à base de bêta-bloquants ou de prostaglandines. Ici les collyres de prostaglandines sont à privilégier du fait de l'antécédent d'hypotension orthostatique (passage systémique du collyre bêta-bloquant avec risque d'aggravation de cette hypotension).
8. Les bêta-bloquants, les agonistes Alpha-adrénergiques et les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique inhibent la sécrétion d'humeur aqueuse. Les prostaglandines stimulent l'élimination d'humeur aqueuse.
10. Le traitement d'un GCAO est à vie.
11. Le traitement chirurgical sera réalisé en cas d'échec d'une trithérapie de collyres hypotonisants.
12. La première cause de cécité dans les pays développés est la DMLA. Il existe des glaucomes chroniques à tension oculaire normale.
13. À un stade très avancé, le GCAO se traduit par un déficit du champ visuel tubulaire. Attention, le statut de personne handicapée et le dossier MDPH dépend de l'AV et/ou du champ visuel !
14. PMZ : Une HTO peut être isolée tout comme il existe des GCAO à PIO normale.
15. L'OCT RNFL permet de mesurer l'épaisseur des fibres optiques et donc d'évaluer l'évolution du glaucome.

Difficulté : 1 2 3

*Vous recevez en consultation la petite Julie, 5 ans.
La patiente ne présente pas d'antécédents et n'a jamais
consulté en ophtalmologie auparavant.*



*Son acuité visuelle est de 7/10 P2 à droite et 4/10 P2 à gauche.
Vous examinez cet aspect à l'étude des reflets pupillaires : il existe
une gêne à l'occlusion de l'œil droit ; l'oculomotricité est normale ;
les segments antérieurs et les fonds d'œil sont normaux.*

QCM I

L'acuité visuelle de loin à droite est :

- A - Physiologique pour l'âge
- B - Forcément liée à une myopie
- C - Correspond à une amblyopie de l'œil droit
- D - Forcément liée à une hypermétropie
- E - Forcément liée à un astigmatisme



QCM 2

L'acuité visuelle de loin à gauche est :

- A - Physiologique pour l'âge
- B - Forcément liée à une myopie
- C - Correspond à une amblyopie de l'œil gauche
- D - Forcément liée à une hypermétropie
- E - Forcément liée à un astigmatisme

QCM 3

Quelles sont les causes d'amblyopie organique chez l'enfant ?

- A - Une cataracte congénitale
- B - Un strabisme
- C - Une taie cornéenne centrale
- D - Un agénésie fovéolaire
- E - Une aplasie maculaire

QCM 4

Quelles sont les causes d'amblyopie fonctionnelle chez l'enfant ?

- A - Un strabisme convergent
- B - Un strabisme divergent
- C - Un astigmatisme sévère
- D - Une cataracte
- E - Une anisométrie

QCM 5

Quel(s) est/sont votre/vos diagnostic(s) d'après l'examen clinique ?

- A - Amblyopie gauche
- B - Amblyopie droite
- C - Strabisme convergent
- D - Strabisme divergent
- E - Aucun diagnostic ne peut être posé sans examens complémentaires

QCM 6

Vous réalisez une réfraction chez cet enfant. Vous retrouvez : OD : +4. OG : +4. Quelles propositions sont vraies ?

- A - La mesure de la réfraction chez l'enfant doit obligatoirement se faire sous cycloplégiques
- B - Du fait de l'amblyopie, la patiente devra bénéficier d'une correction optique totale
- C - Du fait du strabisme convergent, la patiente devra bénéficier d'une correction optique totale
- D - La patiente est hypermétrope
- E - La patiente est myope

QCM 7

Quelles mesures thérapeutiques entreprenez-vous en première intention ?

- A - Une correction optique totale
- B - Une occlusion de l'œil gauche
- C - Une occlusion de l'œil droit
- D - Une injection de toxine botulique dans les muscles droit médiaux
- E - Une cure chirurgicale de strabisme

QCM 8

Vous décidez de prescrire une correction optique totale et une occlusion de l'œil droit 5 h /j. Vous revoyez Julie 3 mois plus tard.



Les reflets présentent cet aspect. Quelles propositions sont vraies ?

- A - Les reflets sont centrés
- B - Il persiste un strabisme convergent
- C - Il existe maintenant un strabisme divergent
- D - Le strabisme était accommodatif pur
- E - Il existe un épicanthus

QCM 9

2 ans plus tard, l'acuité visuelle est à 10/10 p2 à droite comme à gauche. Les reflets sont centrés avec les lunettes. Le strabisme persiste au retrait prolongé de la correction optique. Les parents vous demandent s'il est possible de réaliser une intervention chirurgicale ?

- A - Oui il est possible de réaliser un recul des deux droits médiaux
- B - Non, le patient est trop jeune
- C - Non, il est préférable de débiter par des injections de toxine botulique
- D - Non, on opère un strabisme seulement s'il persiste avec le port de correction optique
- E - L'intervention chirurgicale est déconseillée car l'acuité visuelle est à 10/10

QCM IO



3 ans plus tard les parents inquiets vous amènent leur deuxième enfant, âgé de un an. Que constatez-vous à gauche ?

- A - Une anisocorie
- B - Une leucocorie
- C - Une corectopie
- D - Une secclusion pupillaire
- E - Un reflet pupillaire normal

QCM II

Quelle est la cause la plus probable et à évoquer en priorité ?

- A - Une cataracte congénitale
- B - Un rétinoblastome
- C - Un strabisme
- D - Un glaucome congénital
- E - Un traumatisme oculaire

QCM 12

Après avoir réalisé un fond d'œil qui renforce la présomption de rétinoblastome, vous confiez cet enfant à un centre spécialisé. Quel est le développement normal de la vision chez l'enfant ?

- A - Réflexe photo-moteur présent dès la naissance
- B - Réflexe photo-moteur présent dès 3 mois
- C - Poursuite oculaire établie vers 4 mois
- D - Coordination œil-tête-main vers 4-5 mois
- E - Acuité visuelle mesurable dès 2 ans

QCM 13

Quels sont les différents examens ophtalmologiques obligatoires ?

- A - 1^{re} semaine de vie
- B - 1^{er} mois
- C - 4^e mois
- D - 9^e mois
- E - 24^e mois

QCM 14

Quelles sont les propositions exactes ?

- A - 4% des enfants présentent un strabisme
- B - Une amblyopie est définitive si elle n'est pas rééduquée avant 4 ans
- C - Un strabisme intermittent chez le nourrisson doit faire réaliser une IRM cérébrale
- D - Un strabisme intermittent chez le nourrisson est physiologique
- E - Un strabisme intermittent après 4 mois est physiologique

QCM 15

Quels sont les signes évocateurs de malvoyance ?

- A - Un réflexe à la lumière
- B - Un signe digito-oculaire
- C - Une errance du regard
- D - Un réflexe de fusion
- E - Une incoordination oculaire

RÉPONSES :

QCM 1 : A - QCM 2 : C - QCM 3 : ACDE - QCM 4 : ABCDE
- QCM 5 : AC - QCM 6 : ABCD - QCM 7 : AC - QCM 8 :
ADE - QCM 9 : D - QCM 10 : B - QCM 11 : B - QCM 12 :
ADE - QCM 13 : ACDE - QCM 14 : AD - QCM 15 : BCE.

Items abordés :

44 - Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal. Dépistage des anomalies orthopédiques, des troubles visuels et auditifs. Examens de santé obligatoires. Médecine scolaire. Mortalité et morbidité infantiles. **50** - Strabisme de l'enfant. **83** - Troubles de la réfraction.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. Une acuité visuelle à 7/10 à 5 ans est physiologique.
3. L'amblyopie organique est une baisse profonde de l'acuité visuelle liée à une affection oculaire.
4. L'amblyopie fonctionnelle est liée à un trouble réfractif ou un strabisme.
7. En cas d'amblyopie ou de strabisme, il faut toujours une correction optique totale. En cas d'amblyopie, on réalise l'occlusion de l'œil sain, à l'aide d'un cache, plusieurs heures par jour.
9. Attention, la chirurgie du strabisme permet de corriger la déviation des axes visuels mais ne permet pas corriger une amblyopie. Le traitement occlusif s'avère donc indispensable, surtout avant 6 ans (grande plasticité cérébrale)
10. Leucocorie = reflet pupillaire blanc. Anisocorie = asymétrie de taille des pupilles. Corectopie = ectopie pupillaire
11. Le rétinoblastome est la cause la plus grave de leucocorie, le pronostic vital est engagé
12. Le réflexe photomoteur est présent dès la naissance. La poursuite oculaire s'établit vers 2 mois.
13. Un examen avant J8 puis à M2, M4, M9 et M24 sont indispensables
14. Une amblyopie est définitive après 6 ans !
15. Le réflexe à la lumière et le réflexe de fusion sont des signes de bon développement visuel

Difficulté : 1 2 3

Monsieur M., 22 ans se présente aux urgences pour œil gauche rouge et douloureux depuis 1 semaine.

L'acuité visuelle est de 10/10 P2 des deux côtés.

L'examen à la fluorescéine est négatif.



QCM I

Quels signes sont en faveur d'une conjonctivite ?

- A - Présence de douleur
- B - Acuité visuelle conservée
- C - Rougeur oculaire
- D - Sensation de grain de sable
- E - Prurit oculaire

QCM 2

Lors d'une conjonctivite, l'hyperhémie conjonctivale prédomine :

- A - Dans les culs-de-sac conjonctivaux
- B - Sur la conjonctive bulbaire, de façon diffuse
- C - Sur la conjonctive tarsale, de façon diffuse
- D - En cercle périkeratique
- E - Le long du bord libre

QCM 3

**Les paupières ne sont pas collées au réveil.
Il y a quelques follicules palpébraux, pas de papilles.
Quel est le diagnostic le plus probable ?**

- A - Conjonctivite allergique
- B - Conjonctivite virale
- C - Conjonctivite bactérienne
- D - Conjonctivite fongique
- E - Conjonctivite à Chlamydia

QCM 4

Quel est votre traitement ?

- A - Hygiène des mains
- B - Lavage au sérum physiologique
- C - Collyre antiseptique
- D - Collyre antibiotique
- E - Collyre corticoïdes

QCM 5

**Le patient revient vous consulter 1 semaine plus tard.
Il présente à présent une photophobie majeure et un
blépharospasme gauche.**

L'acuité visuelle est à 10/10 à droite, 8/10 à gauche.

**Vous notez la présence d'un cercle périkératique
gauche.**

Quelles sont les causes de cercle périkératique ?

- A - L'uvéite antérieure aiguë
- B - La kératite
- C - Le glaucome chronique à angle ouvert
- D - La cataracte
- E - Le glaucome aigu à angle fermé

QCM 6

Quelle est la cause la plus probable du nouveau tableau clinique ?

- A - Kératoconjonctivite bactérienne
- B - Kératoconjonctivite à adénovirus
- C - Uvéite antérieure aiguë
- D - Glaucome chronique par fermeture de l'angle
- E - Conjonctivite simple

QCM 7

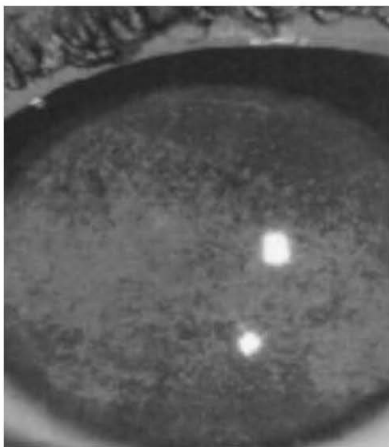
Quels arguments manquants de l'énoncé seraient en faveur de ce diagnostic ?

- A - Absence de tyndall
- B - Présence de précipités rétro-cornéens
- C - Prise de fluorescéine
- D - Chambre antérieure étroite
- E - Angle fermé

QCM 8

Vous retrouvez les arguments cliniques favorables au diagnostic de kératoconjonctivite à adénovirus.

Voici l'aspect après instillation de fluorescéine :



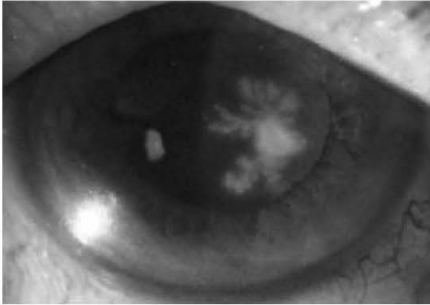
Retrouvez cette iconographie en couleurs page 170

Il s'agit de :

- A - Kératite ponctuée superficielle
- B - Ulcère dendritique
- C - Ulcère cornéen non dendritique
- D - Infiltrat numulaire
- E - Abscès de cornée

QCM 9

Si vous aviez noté cet aspect après instillation de fluorescéine, comment l'auriez-vous décrit ?



Retrouvez cette iconographie en couleurs page 170

- A - Kératite ponctuée superficielle
- B - Ulcère dendritique
- C - Ulcère cornéen en carte de géographie
- D - Infiltrat numulaire
- E - Abscès de cornée

QCM 10

À quel diagnostic aurez-vous alors rattaché cet aspect clinique ?

- A - Kératoconjonctivite bactérienne
- B - Kératoconjonctivite à adénovirus
- C - Kératoconjonctivite herpétique

- D - Abcès de cornée
- E - Kératite zostérienne

QCM 11

Quel collyre est formellement contre-indiqué au cours de cette pathologie ?

- A - Collyre d'atropine
- B - Collyre de mydriaticum
- C - Collyre antibiotique
- D - Collyre antiseptique
- E - Collyre corticoïde

QCM 12

Quel traitement prescririez-vous dans ce cas ?

- A - Collyre d'atropine
- B - Collyre antiviraux
- C - Antiviraux par voie générale
- D - Collyre antiseptique
- E - Collyre antibiotique

QCM 13

Quels sont les possibilités d'évolution d'une kérato-conjonctivite herpétique ?

- A - Evolution favorable
- B - Récidive
- C - Perforation cornéenne
- D - Atteinte cornéenne stromale
- E - Taie cornéenne

QCM 14

**Vous suspectez un syndrome sec oculaire associé.
Quels sont les deux tests diagnostiques que vous réalisez ?**

- A - Test de Schirmer
- B - Mesure du temps de rupture du film lacrymal
- C - Examen des paupières
- D - Étude du réflexe de clignement
- E - Étude de la sensibilité cornéenne

QCM 15

**Voici le résultat du premier test que vous avez effectué :
3 mm après 5 minutes. Comment l'interprétez-vous ?**

- A - Syndrome sec avéré
- B - Probable syndrome sec
- C - Syndrome sec éliminé
- D - Test ininterprétable car mauvaise VPN
- E - Test ininterprétable car mauvaise VPP

RÉPONSES :

**QCM 1 : BCDE - QCM 2 : A - QCM 3 : B - QCM 4 : ABC -
QCM 5 : ABE - QCM 6 : B - QCM 7 : AC - QCM 8 : A - QCM
9 : B - QCM 10 : C - QCM 11 : E - QCM 12 : BC - QCM 13 :
ABCDE - QCM 14 : AB - QCM 15 : A.**

Items abordés :

81 - Œil rouge et/ou douloureux.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. Une conjonctivite n'entraîne pas de douleur mais une gêne.
2. Lors d'une conjonctivite, l'hyperhémie prédomine dans les culs-de-sac conjonctivaux.
3. L'atteinte unilatérale, l'argument de fréquence, l'absence de sécrétions micro-purulentes collant les paupières et la présence de follicules est en faveur d'une conjonctivite virale.
4. L'évolution est favorable en 15 jours.
6. Une conjonctivite virale évolue favorablement sous 10-15 jours mais peut parfois se compliquer d'une kératoconjonctivite (notamment si l'agent viral est l'adénovirus).
7. Une kératoconjonctivite à adénovirus se présente sous la forme d'une kératite ponctuée superficielle.
8. Une kératite ponctuée superficielle est l'aspect le plus fréquent d'une kératoconjonctivite à adénovirus. Il s'agit de petites ulcérations disséminées, fluo +.
10. L'ulcère dendritique est pathognomonique d'une kératoconjonctivite à herpès virus.
11. PMZ : les collyres corticoïde sont formellement contre-indiqués au cours des kératoconjonctivites herpétiques --> risque de perforation cornéenne !
13. L'évolution des kératoconjonctivites sur-herpétiques est dans la plupart des cas favorable sous traitement.
15. Entre 0 et 5 mm de larmes après 5 minutes sur la bandelette graduée du test de Schirmer, on peut affirmer l'existence d'un syndrome sec.

Difficulté : 1 2 3



Madame M., 84 ans, présente une douleur brutale de l'œil droit depuis qu'elle est sortie du cinéma cet après-midi. Elle a pour antécédents ophtalmologiques une cataracte modérée bilatérale et une hypermétropie.

Elle présente depuis 2 ans une dépression suite au décès de son mari, en cours de traitement.

À l'examen, l'œil droit est rouge et douloureux. La PIO est à 40 mmHg à droite et 13 mmHg à gauche

QCM I

Vous réalisez l'examen des réflexes photomoteurs. Dans l'hypothèse d'une uvéite hypertensive, que pouvez-vous retrouver ?

- A - Un myosis punctiforme
- B - Un myosis non réactif
- C - Une semi-mydriase aréflexique
- D - Une mydriase aréactive
- E - Des RPM vifs et symétriques

QCM 2

Dans l'hypothèse d'un glaucome aigu à angle fermé, que pouvez-vous retrouver ?

- A - Un myosis punctiforme
- B - Un myosis non réactif
- C - Une semi-mydriase aréflexique
- D - Une mydriase aréactive
- E - Des RPM vifs et symétriques

QCM 3

Vous notez la présence d'une semi-mydriase aréflexique, une chambre antérieure étroite et un angle irido-cornéen étroit. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A - Uvéite antérieure aiguë hypertensive
- B - Glaucome aigu à angle fermé
- C - Kératite aiguë
- D - Conjonctivite aiguë
- E - Glaucome chronique à angle ouvert

QCM 4

Quel est le mécanisme de cette pathologie ?

- A - Blocage pupillaire suivi d'un blocage trabéculaire
- B - Blocage trabéculaire suivi d'un blocage pupillaire
- C - Mydriase médicamenteuse favorisante
- D - Mydriase liée à l'obscurité favorisante
- E - Cataracte favorisant le blocage pupillaire

QCM 5

Quel collyre peut favoriser l'hypertonie oculaire ?

- A - Collyre antibiotique
- B - Collyre corticoïde
- C - Collyre antiseptique
- D - Collyre myotique
- E - Collyre mydriatique

QCM 6

Quel traitement local réalisez-vous ?

- A - Collyre corticoïde
- B - Collyre hypotonisant
- C - Collyre myotique
- D - Collyre mydriatique
- E - Pas de traitement local dans ce cas, traitement général uniquement

QCM 7

Quelles sont les propositions exactes ?

- A - Collyre hypotonisant dans l'œil droit
- B - Collyre hypotonisant dans l'œil gauche
- C - Collyre myotique dans l'œil droit
- D - Collyre myotique dans l'œil gauche
- E - Collyre mydriatique dans l'œil gauche

QCM 8

Quels traitements généraux instaurez-vous ?

- A - Inhibiteur de l'anhydrase carbonique
- B - Diamox
- C - Aciclovir
- D - Béta-bloquants
- E - Agonistes alpha-adrénergiques

QCM 9

Quels traitements instrumentaux ou chirurgicaux préconisez-vous en urgence ?

- A - Iridotomie périphérique de l'œil atteint
- B - Iridoplastie de l'œil atteint
- C - Trabéculéctomie perforante de l'œil atteint
- D - Sclérectomie non perforante de l'œil atteint
- E - Trabéculéctomie perforante de l'œil sain

QCM 10

Quel traitement réalisez-vous à distance ?

- A - Iridotomie périphérique de l'œil sain
- B - Iridoplastie de l'œil sain
- C - Trabéculéctomie perforante de l'œil atteint
- D - Sclérectomie non perforante de l'œil atteint
- E - Trabéculéctomie perforante de l'œil sain

QCM 11

L'épisode est traité, que lui dites-vous concernant le traitement de sa dépression ?

- A - Contre-indication formelle aux IMAO
- B - Contre-indication formelle des tricycliques
- C - Contre-indication formelle des ISRS
- D - Contre-indication relative aux antidépresseurs
- E - Aucune contre-indication aux antidépresseurs

QCM 12

Que lui dites-vous concernant les traitements médicamenteux en général ?

- A - Contre-indication formelle aux mydriatiques
- B - Contre-indication relative aux mydriatiques
- C - Aucune contre-indication aux mydriatiques
- D - Traitement hypotenseur pour 6 mois
- E - Traitement hypotenseur à vie

QCM 13

Quels sont les facteurs favorisant le GAFA ?

- A - Cataracte
- B - Implant de chambre postérieur
- C - Hypermétropie
- D - Myopie
- E - Astigmatie

QCM 14

La prévalence du GAFA en France est de :

- A - 1 %
- B - 5 %
- C - 10 %
- D - 15 %
- E - 20 %

QCM 15

Quels sont les propositions exactes ?

- A - Le GAFA et le GCAO partagent la même physiopathologie
- B - Le GAFA impose un traitement médicamenteux à vie
- C - Le GCAO impose un traitement médicamenteux à vie
- D - Le GCAO est plus fréquent que le GAFA
- E - Le GAFA est plus fréquent que le GCAO

RÉPONSES :

**QCM 1 : BE - QCM 2 : C - QCM 3 : B - QCM 4 : ACDE
- QCM 5 : B - QCM 6 : BC - QCM 7 : ACD - QCM 8 : AB -
QCM 9 : A - QCM 10 : A - QCM 11 : E - QCM 12 : C - QCM
13 : AC - QCM 14 : A - QCM 15 : CD.**

Items abordés :

81 - Œil rouge et/ou douloureux.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. Lors d'une uvéite il peut exister un myosis lié aux synéchies antérieures et postérieures.

4. La mydriase et la présence d'un gros cristallin favorisent le GAFA.
PMZ : Il est impossible de faire un GAFA en l'absence de cristallin (pas de blocage pupillaire).

5. PMZ : Il est formellement contre-indiqué de prescrire un collyre corticoïde dans les situations d'HTO.

7. PMZ : toujours instaurer un collyre myotique dans l'œil controlatéral pour éviter un éventuel blocage pupillaire en semi-mydriase.

9. Une iridotomie périphérique consiste à réaliser un trou dans l'iris au laser afin de permettre l'écoulement de l'humeur aqueuse.

11. PMZ : une fois l'iridotomie réalisée, aucune contre-indication aux agents mydriatiques.

12. PMZ : une fois l'iridotomie réalisée, aucune contre-indication aux agents mydriatiques.

13. PMZ : un gros cristallin favorise le blocage pupillaire. Un patient opéré de la cataracte ne peut donc jamais réaliser de GAFA !

Difficulté : 1 2 3

Monsieur D., 59 ans, diabétique de type 2 depuis 14 ans, présente une brusque baisse d'acuité visuelle de l'œil droit.

L'œil est blanc et indolore.



QCM I

Quelles causes sont les plus probables ?

- A - Hémorragie du vitré
- B - Glaucome aigu à angle fermé
- C - Ectopie cristallinienne
- D - Décollement de rétine
- E - Glaucome néovasculaire

QCM 2

Quelles sont les propositions exactes ?

- A - Une névrite optique peut entraîner une BAV chez un diabétique
- B - Une maculopathie peut favoriser une BAV chez un diabétique
- C - Une ectopie cristallinienne peut entraîner une BAV chez un diabétique
- D - L'ancienneté du diabète de type 2 est déterminante pour le suivi
- E - L'ancienneté du diabète de type 1 est déterminante pour le suivi

QCM 3

Le patient vous explique qu'après deux fond d'œil successifs normaux il y a 5 et 6 ans, il a arrêté tout suivi. Quel aurait été le suivi ophtalmologique recommandé dans son cas ?

- A - Suivi trimestriel
- B - Suivi annuel
- C - Suivi semestriel
- D - Suivi bi-annuel
- E - Suivi mensuel

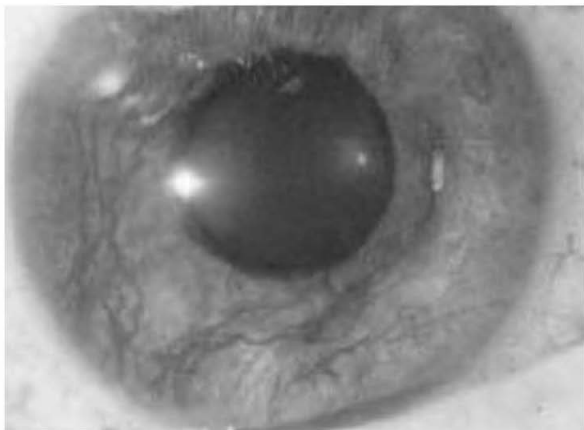
QCM 4

Si vous aviez observé une douleur à la mobilisation du globe oculaire droit et un DPAR, quel aurait été le diagnostic le plus probable ?

- A - Hémorragie du vitré
- B - Glaucome aigu à angle fermé
- C - Névrite optique
- D - Décollement de rétine
- E - Glaucome néovasculaire

QCM 5

Vous observez cet aspect à la lampe à fente :



De quoi s'agit il?

- A - Rubéose irienne
- B - Hyphema
- C - Hypopion
- D - Néovaisseaux de l'angle irido-cornéen
- E - Kératite aiguë

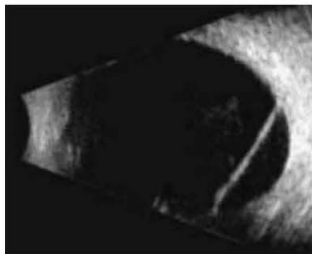
QCM 6

Le fond d'œil droit est inaccessible, quel examen réalisez-vous ?

- A - Écho A
- B - Écho B
- C - Pachymétrie
- D - TDM orbitaire
- E - IRM orbitaire

QCM 7

Vous réalisez une échographie en mode B. Comment interprétez-vous cet examen ?



- A - Tumeur bénigne du pôle postérieur
- B - Hyalite
- C - Névrite optique
- D - Décollement de rétine
- E - Rétinoblastome

QCM 8

Il s'agit donc d'un décollement de rétine. Quel est le mécanisme le plus probable ?

- A - Rhegmatogène
- B - Exsudatif
- C - Tractionnel
- D - Dégénératif
- E - Tumoral

QCM 9

D'après le tableau clinique et paraclinique, quel est le stade de la rétinopathie diabétique de ce patient ?

- A - Non proliférante minime
- B - Non proliférante modérée
- C - Non proliférante sévère
- D - Proliférante minime
- E - Proliférante compliquée

QCM 10

Chez les diabétiques, la macula peut être atteinte. De quels types d'atteintes s'agit il ?

- A - Œdème maculaire focal
- B - Œdème maculaire diffus
- C - Membrane épi-rétinienne
- D - Trou maculaire
- E - Maculopathie ischémique

QCM 11

Quel est le traitement médical de la rétinopathie diabétique ?

- A - Équilibre tensionnel
- B - Équilibre glycémique
- C - Antagoniste du système rénine angiotensine
- D - Antiagrégants plaquettaires
- E - Aucun traitement médicamenteux

QCM 12

La photocoagulation panrétinienne au laser est indiquée :

- A - En cas de rétinopathie diabétique proliférante
- B - Dans tous les cas de rétinopathie diabétique non proliférante sévère
- C - En cas de rétinopathie diabétique non proliférante sévère chez la femme enceinte
- D - En cas de rétinopathie diabétique non proliférante sévère avant chirurgie de la cataracte
- E - En cas de rétinopathie diabétique non proliférante sévère chez les patients mis sous pompe à insuline

QCM 13

Les principaux facteurs de risque de rétinopathie diabétique sont :

- A - Le type de diabète
- B - L'ancienneté du diabète
- C - Le mauvais équilibre glycémique
- D - L'hypertension artérielle
- E - L'antécédent familial de rétinopathie diabétique

QCM 14

Quelle est la proposition exacte ?

- A - 10 % des diabétiques sont porteurs d'une rétinopathie
- B - 30 % des diabétiques sont porteurs d'une rétinopathie
- C - 50 % des diabétiques sont porteurs d'une rétinopathie
- D - 75 % des diabétiques sont porteurs d'une rétinopathie
- E - 95 % des diabétiques sont porteurs d'une rétinopathie

QCM 15

Quelles sont les propositions exactes ?

- A - La rétinopathie diabétique ne survient pas avant 7 ans d'évolution dans le diabète de type 1.
- B - La rétinopathie diabétique ne survient pas avant 7 ans d'évolution dans le diabète de type 2.
- C - Après 20 ans d'évolution, 95 % des diabétiques de type 1 ont une rétinopathie diabétique.
- D - La rétinopathie diabétique est diagnostiquée dès la découverte du diabète chez 20 % des diabétiques de type 2.
- E - Le risque à long terme des diabétiques de type 2 est plus celui d'une rétinopathie proliférante que celui d'un œdème maculaire.

RÉPONSES :

QCM 1 : ADE - QCM 2 : ABE - QCM 3 : B - QCM 4 : C - QCM 5 : A - QCM 6 : B - QCM 7 : AD - QCM 8 : C - QCM 9 : E - QCM 10 : ABE - QCM 11 : ABE - QCM 12 : ACDE - QCM 13 : BCD - QCM 14 : B - QCM 15 : ACD.

Items abordés :

245 - Diabète sucré de types 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. PMZ : 3 conséquences de l'ischémie rétinienne chez un diabétique : Glaucome néovasculaire, décollement de rétine et hémorragie du vitré.
2. PMZ : Le diagnostic du diabète de type 2 est souvent tardif, et la date d'entrée de la maladie impossible à déterminer. Certains diabétiques de type 2 peuvent présenter des atteintes rétinienne ou maculaires dès le diagnostic posé.
3. Chez les diabétiques de type 2 asymptomatiques et présentant un fond d'œil normal, il est recommandé de réaliser un fond d'œil ou des rétinophotos tous les ans.
6. PMZ : on réalise toujours une échographie en mode B en cas d'inaccessibilité du FO.
8. Les diabétiques peuvent faire des DR tractionnels.
En effet l'ischémie rétinienne entraîne une néovascularisation qui va tracter la rétine jusqu'à entraîner son décollement.
11. L'équilibre tensionnel et glycémique est essentiel chez les diabétique de type 1 ou 2.
15. La rétinopathie diabétique ne survient pas avant 7 ans d'évolution dans le diabète de type 1.

CAS CLINIQUE n° 10

Difficulté : 1 2 3

Monsieur T., 25 ans, sans antécédents notables, vous consulte car il présente un œil rouge et douloureux depuis quelques jours, d'aggravation progressive.

À l'examen, vous retrouvez en effet une rougeur oculaire gauche.



QCM I

Quel élément clinique manquant orientera au mieux votre prise en charge diagnostique ?

- A - Le type de douleur
- B - L'intensité de la douleur
- C - L'acuité visuelle
- D - L'étude des RPM
- E - L'étude de l'oculomotricité

QCM 2

Le patient présente une douleur profonde, d'intensité modérée. L'oculomotricité est normale. Vous notez une acuité visuelle à 10/10 P2 à droite contre 7/10 P2 à gauche. Quels pathologies envisagez-vous alors ?

- A - Kératite aiguë
- B - Conjonctivite aiguë
- C - GAFA
- D - Uvéite antérieure aiguë
- E - Hémorragie sous-conjonctivale

QCM 3

Vous réalisez l'examen des réflexes photomoteurs. Dans l'hypothèse d'une uvéite antérieure aiguë, que pouvez-vous retrouver ?

- A - Un myosis punctiforme
- B - Un myosis non réactif
- C - Une semi-mydriase areflectique
- D - Une mydriase aréactive
- E - Des RPM vifs et symétriques

QCM 4

Dans l'hypothèse d'un glaucome aigu à angle fermé, que pouvez-vous retrouver ?

- A - Un myosis punctiforme
- B - Un myosis non réactif
- C - Une semi-mydriase aréflétique
- D - Une mydriase aréactive
- E - Des RPM vifs et symétriques

QCM 5

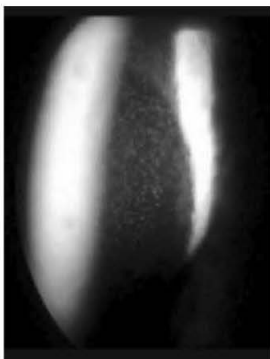
La pupille gauche est en myosis. Vous notez la présence d'un cercle périkératique. Quelles sont les causes de cercle périkératique ?

- A - L'uvéite antérieure aiguë
- B - La kératite
- C - Le glaucome chronique à angle ouvert
- D - La cataracte
- E - Le glaucome aigu à angle fermé

QCM 6

**Vous notez cet aspect
à la lampe à fente :
de quoi s'agit-il ?**

*Retrouvez
cette iconographie
en couleurs page 170*



- A - Effet Flare
- B - Précipités rétrodescémétiques
- C - Précipités rétrocornéens
- D - Effet Tyndall
- E - Chambre antérieure calme

QCM 7

**Vous notez quelques précipités rétrocornéens. La cor-
née est claire. Le fond d'œil ne présente pas d'anoma-
lies. Qu'avez-vous recherché au fond d'œil ?**

- A - Hyalite
- B - Papillite
- C - Œdème papillaire
- D - Décollement de rétine
- E - Hémorragie vitréenne

QCM 8

Quel est votre diagnostic ?

- A - Uvéite antérieure aiguë gauche
- B - Uvéite intermédiaire aiguë gauche
- C - Uvéite postérieure aiguë gauche
- D - Panuvéite aiguë gauche
- E - Endophtalmie gauche

QCM 9

De quoi est composée l'uvée ?

- A - Iris
- B - Cristallin
- C - Zonule
- D - Corps ciliaire
- E - Choroïde

QCM 10

Quel élément manque dans votre examen ophtalmologique ?

- A - Mesure du tonus oculaire
- B - Échographie en mode A
- C - Echographie en mode B
- D - Pachymétrie
- E - Topographie cornéenne

QCM 11

Le TO est à 14 mmHg aux deux yeux. Vous avez diagnostiqué une uvéite antérieure aiguë gauche à tension normale. Vous reprenez à présent l'interrogatoire à la recherche d'une étiologie.

Le patient est étudiant en droit. Il présente une allergie au pollen, n'a pas voyagé, n'a pas eu de contact récent avec des animaux et n'a jamais eu de rapport sexuel non protégé. Depuis 3 ans, il présente des douleurs rachidiennes et des fessalgies à bascule qui cèdent à la prise d'AINS. L'examen neurologique, pulmonaire et cutané est normal.

Quel le diagnostic étiologique le plus probable ?

- A - Maladie de Behçet
- B - Sarcoidose
- C - Lupus érythémateux systémique
- D - Spondylarthrite ankylosante
- E - Infection herpétique

QCM 12

Quel traitement ophtalmologique administrez-vous ?

- A - Collyre antibiotique
- B - Collyre mydriatique
- C - Collyre antiviral
- D - Collyre corticoïde
- A - Collyre myotique

QCM 13

Le patient vous questionne sur l'évolution de son atteinte ophtalmologique, que lui dites-vous ?

- A - Risque de récurrence
- B - Risque d'uvéite à bascule
- C - Risque d'atteinte postérieure
- D - Pas de risque d'atteinte postérieure
- E - Uvéite de bon pronostic

QCM 14

- A - 10 % des malades atteints de spondylarthrite ankylosante développent une uvéite
- B - 20 % des malades atteints de spondylarthrite ankylosante développent une uvéite
- C - 50 % des malades atteints de spondylarthrite ankylosante développent une uvéite
- D - 80 % des malades atteints de spondylarthrite ankylosante développent une uvéite
- E - 95 % des malades atteints de spondylarthrite ankylosante développent une uvéite

QCM 15

Quels sont les autres atteintes ophtalmologique associées à la spondylarthrite ankylosante ?

- A - Sclérite
- B - Conjonctivite
- C - Hémorragie sous-conjonctivale
- D - Kératite
- E - Abscès de cornée

RÉPONSES :

QCM 1 : C - QCM 2 : ACD - QCM 3 : BE - QCM 4 : C - QCM 5 : ABE - QCM 6 : D - QCM 7 : ABC - QCM 8 : A - QCM 9 : ADE - QCM 10 : A - QCM 11 : D - QCM 12 : BD - QCM 13 : ABCE - QCM 14 : B - QCM 15 : A.

Items abordés :

81 - Œil rouge et/ou douloureux.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. Lors d'une uvéite il peut exister un myosis lié aux synéchies antérieures.
2. Une conjonctivite ou une hémorragie sous-conjonctivale ne donnent jamais de BAV.
3. Lors d'une uvéite il peut exister un myosis lié aux synéchies antérieures et postérieures.
6. L'effet Tyndall se caractérise par la suspension de cellules inflammatoires circulant dans l'humeur aqueuse, dans la chambre antérieure. Les précipités rétrodescémétiques (synonyme de rétrocornéens) peuvent être granulomateux (aspect en graisse de mouton) ou non granulomateux.
7. Une uvéite postérieure ou intermédiaire est décelable au FO sous forme d'une hyalite antérieure/postérieure, d'une papillite (avec présence d'un œdème papillaire).
10. La mesure du TO est essentielle pour rechercher une éventuelle uvéite hypertensive.
13. Les uvéites accompagnant une spondylarthrite ankylosante sont globalement de bon pronostic.

Difficulté : 1 2 3



Vous recevez l'appel téléphonique de Monsieur X., ayant pour antécédent une HTA sous traitement.

Ce matin, il a reçu accidentellement un corps étranger ferrique dans l'œil droit en voulant planter un clou dans le mur de son salon.

Affolé, il vous explique: « une nappe rouge est rapidement apparu dans le blanc de l'œil docteur ! »

Il ne présente ni douleur, ni prurit.

QCM I

Quel est le diagnostic le plus probable en rapport avec cette description ?

- A - Une kératite
- B - Une conjonctivite
- C - Une sclérite
- D - Une épisclérite
- E - Une hémorragie sous-conjonctivale

QCM 2

Quelle en est l'étiologie ?

- A - Poussée hypertensive
- B - Traumatique
- C - Trouble de l'hémostase
- D - Inflammatoire
- E - Idiopathique

QCM 3

Quelle est votre attitude ?

- A - Il doit venir consulter en urgence, le jour même
- B - Il peut venir consulter sans urgence dans la semaine
- C - Il peut venir consulter sans urgence dans le mois
- D - Il n'a pas besoin de venir consulter, l'hémorragie sous-conjonctivale sera spontanément résolutive
- E - Il n'a pas besoin de venir consulter, vous lui envoyez une ordonnance avec des collyres anti-inflammatoires

QCM 4

Vous faites venir le patient pour l'examiner. Son acuité visuelle est à 10/10 P2 à droite comme à gauche. Le tonus oculaire est normal. Il présente en effet une hémorragie sous-conjonctivale droite d'origine traumatique. Vous notez une petite plaie sclérale au niveau de l'hémorragie. Vous ne retrouvez pas de corps étranger cornéen, conjonctival bulbaire ou tarsal inférieur. Quel est le geste essentiel à la recherche d'un corps étranger superficiel ?

- A - Instillation de fluorescéine
- B - Retourner la paupière supérieure
- C - Pose d'un électro-aimant
- D - Instillation de néosynéphrine
- E - Grattage cornéen

QCM 5

Malgré votre dernier geste, vous n'avez pas retrouvé de corps étranger superficiel. Vous réalisez un fond d'œil qui s'avère normal. Quels est l'examen paraclinique médico-légal à réaliser en cas de suspicion de corps étranger intra-oculaire ?

- A - Radiographies de l'orbite
- B - Topographie cornéenne
- C - Tonométrie
- D - OCT
- E - TDM orbitaire

QCM 6

L'examen précédent a permis de confirmer la présence d'un corps étranger intra-oculaire. Quel examen réalisez-vous à présent ?

- A - Échographie en mode A
- B - Échographie en mode B
- C - Topographie cornéenne
- D - TDM orbitaire
- E - Aucun examen n'est nécessaire puisque la présence d'un corps étranger a été confirmé

QCM 7

Le corps étranger se situe dans l'angle irido-cornéen. Quel autre examen aurait pu confirmer cette localisation ?

- A - Tonométrie à air pulsé
- B - Tonométrie à aplanation
- C - Gonioscopie
- D - Topographie cornéenne
- E - OCT

QCM 8

Quel est l'examen formellement contre-indiqué dans cette situation ?

- A - Radiographies orbitaires
- B - TDM orbitaire
- C - IRM orbitaire
- D - OCT
- E - Pachymétrie

QCM 9

Quelles sont les complications à court terme d'un corps étranger intra-oculaire ?

- A - Décollement de rétine
- B - Cataracte
- C - Endophtalmie
- D - DMLA
- E - Chalcose

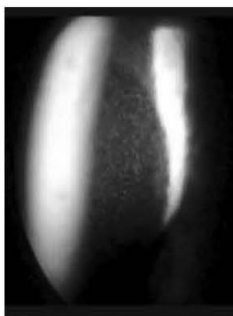
QCM IO

Quelles sont les complications à long terme d'un corps étranger intra-oculaire ?

- A - Sidérose
- B - Kératite
- C - Conjonctivite
- D - Chalcose
- E - Aucune complication à long terme

QCM II

2 ans plus tard le patient revient vous voir. Son œil gauche est rouge et douloureux avec baisse d'acuité visuelle. Il n'a pas eu de traumatisme récent. L'examen ophtalmologique de l'œil droit est sans anomalies. L'acuité visuelle est à 10/10 P2 à droite contre 8/10 P3 à gauche. À gauche, vous retrouvez un cercle périkératique et cet aspect à la lampe à fente :



*Retrouvez cette
iconographie en
couleurs page 170*

Le TO et le FO sont normaux.

Quel est votre diagnostic ?

- A - Uvéite infectieuse
- B - Uvéite liée à une maladie de système
- C - Ophtalmie sympathique
- D - Sidérose
- E - Chalcose

QCM 12

Quel est votre traitement ?

- A - Collyre antibiotique
- B - Collyre mydriatique
- C - Collyre antiviral
- D - Collyre corticoïde
- E - Collyre myotique

QCM 13

Votre externe vous interroge à présent sur les différents types de brûlures. Quel est le type de brûlure qui présente le plus mauvais pronostic ?

- A - Thermique
- B - Acide
- C - Basique
- D - Coup d'arc
- E - Phototraumatisme

QCM 14

Comment peut on visualiser l'étendue d'une désépithélialisation cornéenne ?

- A - À l'œil nu
- B - À la lampe à fente, sans instillation de collyres
- C - À la lampe à fente, avec instillation de fluorescéine
- D - À la lampe à fente, avec instillation de néosynéphrine
- E - À l'aide d'une topographie cornéenne

QCM 15

Comment peut-on quantifier l'ischémie du limbe ?

- A - À l'œil nu
- B - À la lampe à fente, sans instillation de collyres
- C - À la lampe à fente, avec instillation de fluorescéine
- D - À la lampe à fente, avec instillation de néosynéphrine
- E - À l'aide d'une topographie cornéenne

RÉPONSES :

**QCM 1 : E - QCM 2 : B - QCM 3 : A - QCM 4 : B - QCM 5 : A
- QCM 6 : B - QCM 7 : C - QCM 8 : C - QCM 9 : ABC - QCM
10 : AB - QCM 11 : C - QCM 12 : BD - QCM 13 : C - QCM
14 : C - QCM 15 : B.**

Items abordés :

330 - Orientation diagnostique et conduite à tenir devant un traumatisme crânio-facial.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

3. Une hémorragie sous-conjonctivale est bénigne et spontanément résolutive. Un corps étranger intra-oculaire constitue une urgence. Dans ce contexte, une hémorragie sous-conjonctivale peut masquer une plaie sclérale.
4. PMZ : toujours retourner la paupière supérieure à la recherche d'un corps étranger superficiel !
5. Des clichés radiographiques face, profil et en incidence de Blondeau doivent être réalisés en cas de suspicion de CEIO.
6. Une échographie en mode B permettra de localiser avec précision le corps étranger.
7. La Gonioscopie permet l'étude de l'angle irido-cornéen sur 360 degrés.
8. Risque de mobilisation des corps étrangers intra-oculaires métalliques avec l'IRM.
9. La DMLA est comme son nom l'indique toujours dégénérative. La chalose est une complication à long terme liée à un corps étranger en cuivre.
10. La sidérose est une complication à long terme liée à un corps étranger ferrique.
11. L'ophtalmie sympathique est une inflammation de l'œil controlatéral qui peut apparaître plusieurs mois à plusieurs années après le traumatisme.
13. Les brûlures par base sont les plus graves.

CAS CLINIQUE n° 12

Difficulté : 1 2 3



Monsieur K., 49 ans, présente depuis hier une baisse d'acuité visuelle de l'œil droit.

L'acuité visuelle est mesurée à 3/10 P5 à droite contre 10/10 P2 à gauche.

Les yeux sont blancs et indolores.

L'étude des RPM est normale.

L'examen à la lampe à fente ne révèle pas d'autres anomalies. Le tonus oculaire est à 16 mmHg des deux côtés.

QCM I

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- A - NORB droite
- B - NOIAA droite
- C - OACR droite
- D - OVCR droite
- E - Aucune de ces hypothèses n'apparaît probable

QCM 2

Vous réalisez un fond d'œil. Quelles sont les lésions caractéristiques de l'OVCR ?

- A - Œdème papillaire
- B - Artères rétinienne tortueuses et dilatées
- C - Hémorragies superficielles
- D - Hémorragies profondes
- E - Exsudats secs

QCM 3

Vous retrouvez tous ces signes au fond d'œil. Quel est le principal élément qui vous oriente vers la forme non ischémique d'une OVCR?

- A - La présence d'hémorragie superficielles
- B - La présence de nodules cotonneux
- C - L'absence de douleur
- D - L'âge du patient < 50 ans
- E - L'acuité visuelle > 2/10

QCM 4

Quel est le principal examen paraclinique qui confirmera le caractère non ischémique de l'OVCR ?

- A - L'angiographie à la fluorescéine
- B - L'angiographie au vert d'indocyanine
- C - Les rétinophotographies
- D - Les clichés en autofluorescence
- E - L'angiographie couplée aux clichés en autofluorescence

QCM 5

Quels sont les facteurs de risque de cette pathologie à rechercher ?

- A - L'hypercholestérolémie
- B - L'HTA
- C - Le diabète
- D - Le tabagisme
- E - L'hypotonie oculaire

QCM 6

Le patient ne présente aucun facteur de risque vasculaire. Que recherchez-vous ?

- A - Une anomalie primitive de la coagulation
- B - Une hyperhomocystéinémie
- C - Un syndrome des antiphospholipides
- D - Une hypertension oculaire
- E - Une hypotonie oculaire

QCM 7

Quels examens réalisez-vous ?

- A - Dosage plasmatique de protéine C
- B - Dosage plasmatique de protéine S
- C - Dosage plasmatique d'antithrombine
- D - Homocystéinémie
- E - Cycle nyctéméral du tonus oculaire

QCM 8

Le bilan étiologique retrouve une hypertonie oculaire isolée. Quel examen réalisez-vous pour évaluer au mieux l'hypertonie ?

- A - Tonométrie à aplanation
- B - Tonométrie à air pulsé
- C - Pachymétrie
- D - Topographie cornéenne
- E - Kératométrie

QCM 9

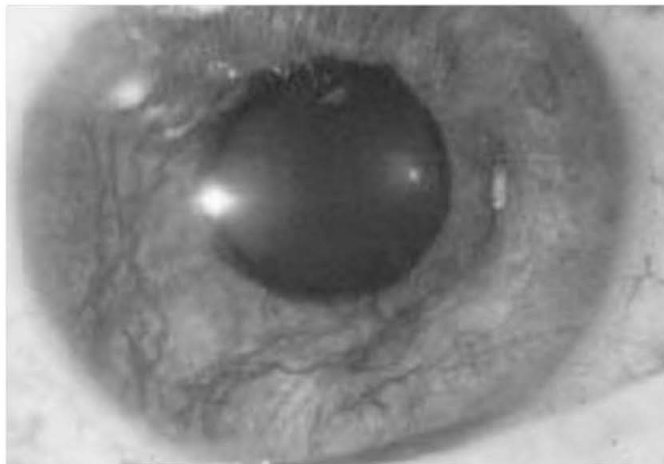
L'hypertonie oculaire est confirmée. Vous retenez le diagnostic d'OVCR non ischémique. Quel est votre traitement ?

- A - Anticoagulants
- B - Anti-agrégants plaquettaires
- C - Hémodilution isovolémique
- D - Photocoagulation laser
- E - Fibrinolytiques

QCM 10

3 mois plus tard, le patient revient vous voir en urgence car il présente un œil rouge très douloureux avec baisse d'acuité visuelle. Vous mesurez l'acuité visuelle à 1/10 P14 à droite (contre 10/20 P2 à gauche)

Vous notez cet aspect à la lampe à fente :



De quoi s'agit-il?

- A - Néovaisseaux iriens
- B - Hyphema
- C - Hypopion
- D - Néovaisseaux de l'angle irido-cornéen
- E - Kératite aiguë

QCM II

L'aspect du FO est similaire à celui réalisé il y a 3 mois. Quel est votre diagnostic ?

- A - OVCR non ischémique récidivante
- B - OVCR ischémique non compliquée
- C - OVCR ischémique compliquée de glaucome néovasculaire
- D - OBVCR
- E - Œdème maculaire cystoïde

QCM I2

Quel est votre traitement ?

- A - Photocoagulation panrétinienne
- B - Hypotonisants locaux
- C - Hypotonisants généraux
- D - Photocoagulation maculaire
- E - Injection intravitréenne

QCM 13

Quel traitement aurait pu prévenir l'apparition d'une glaucome néovasculaire dans ce cas ?

- A - Photocoagulation panrétinienne
- B - Hémodilution isovolémique
- C - Anticoagulants
- D - Photocoagulation maculaire
- E - Injection intravitréenne

QCM 14

Malgré un traitement adéquat, le patient présente toujours une BAV 6 mois plus tard. Le patient ne présente plus de lésions d'OVCR au fond d'œil. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A - OVCR non ischémique
- B - OVCR ischémique
- C - Glaucome néovasculaire
- D - OBVCR
- E - Œdème maculaire cystoïde

QCM 15

**Vous réalisez un OCT qui confirme votre diagnostic.
Quel est votre traitement ?**

- A - Photocoagulation panrétinienne
- B - Hypotonisants locaux
- C - Traitements hyperosmotiques
- D - Photocoagulation maculaire
- E - Injection intravitréenne

RÉPONSES :

**QCM 1 : BCD - QCM 2 : ACD - QCM 3 : E - QCM 4 : A -
QCM 5 : ABCD - QCM 6 : ABCD - QCM 7 : ABCDE - QCM
8 : C - QCM 9 : C - QCM 10 : A - QCM 11 : C - QCM 12 :
ABC - QCM 13 : A - QCM 14 : E - QCM 15 : D.**

Items abordés :

221 - Hypertension artérielle de l'adulte.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. La NORB est douloureuse, et il existe un déficit pupillaire afférent relatif.
2. Des nodules cotonneux et des veines rétiniennes tortueuses et dilatées (et non les artères) peuvent être visualisés au décours d'une OVCR.
3. PMZ : l'acuité visuelle > 2/10 oriente vers le caractère non ischémique de l'OVCR.
4. L'angiographie à la fluorescéine confirme la présence ou l'absence de territoires d'ischémie.
5. PMZ : l'hypertonie oculaire est un facteur de risque d'OVCR.
6. Chez les patients de moins de 50 ans, et/ou chez ceux ne présentant pas de facteurs de risque vasculaires, il est nécessaire de rechercher un trouble de la coagulation. Une hypertonie oculaire doit être recherchée quel que soit l'âge ou les facteurs de risque.
8. Une épaisseur cornéenne importante surestime le tonus oculaire.
11. Il s'agit du « glaucome du 100^e jour » compliquant une OVCR ischémique après 3 mois d'évolution.
13. La photocoagulation rétinienne, en détruisant les territoires d'ischémie, permet de prévenir les néovascularisations rétinienues et iriennes.

Difficulté : 1 2 3

Madame B., 35 ans, atteinte de maladie de Basedow traitée et suivie depuis 4 ans vous consulte ce jour car elle présente une douleur et une photophobie de l'œil droit depuis 2 jours.

Elle n'a pas d'autres antécédents.

À l'examen ophtalmologique, vous êtes frappé par la rétraction palpébrale supérieure bilatérale.

De plus, vous suspectez une exophtalmie.

QCM I

Quelles sont les caractéristiques de l'exophtalmie associée à une ophtalmopathie dysthyroïdienne ?

- A - Bilatérale
- B - Unilatérale
- C - Axile
- D - Pulsatile
- E - Non réductible



QCM 2

Vous retrouvez en effet une exophtalmie bilatérale, axile, et réductible. À partir de quelle mesure parle-t-on d'exophtalmie à l'exophtalmomètre de Hertel ?

- A - 5 mm
- B - 10 mm
- C - 15 mm
- D - 20 mm
- E - 30 mm

QCM 3

Quels examens confirmeront l'ophtalmopathie dysthyroïdienne ?

- A - Échographie mode A
- B - Échographie mode B
- C - OCT
- D - TDM orbitaire
- E - IRM orbitaire

QCM 4

Quels résultats seraient en faveur d'une ophtalmopathie dysthyroïdienne ?

- A - Épaississement des muscles oculomoteurs
- B - Rétraction des muscles oculomoteurs
- C - Muscles oculomoteurs filiformes
- D - Augmentation du compartiment graisseux orbitaire
- E - Diminution du compartiment graisseux orbitaire

QCM 5

Quelles sont les autres causes d'exophtalmie ?

- A - Fracture du plancher de l'orbite
- B - Gliome du nerf optique
- C - Cellulite orbitaire
- D - Lymphome
- E - Orbitopathie inflammatoire chronique idiopathique

QCM 6

La surveillance de l'oculomotricité est essentielle en cas d'ophtalmopathie dysthyroïdienne, pourquoi ?

- A - Risque d'atteinte de la jonction neuro-musculaire
- B - Risque d'atteinte du nerf III
- C - Risque d'atteinte du nerf VI
- D - Risque d'atteinte du muscle droit inférieur
- E - Risque d'atteinte du muscle droit médial

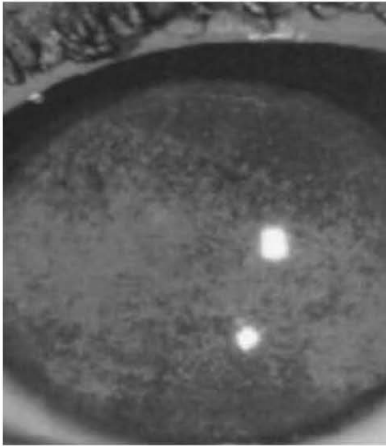
QCM 7

La surveillance du champ visuel est essentiel en cas d'ophtalmopathie dysthyroïdienne, pourquoi ?

- A - Risque de NOIAA
- B - Risque de NORB
- C - Risque de compression du nerf optique
- D - Risque de compression chiasmatique
- E - Risque de compression des bandelettes longitudinales supérieures

QCM 8

Vous notez cet aspect à la lampe à fente (œil droit) :



Il s'agit de :

- A - Kératite ponctuée superficielle
- B - Ulcère dendritique
- C - Ulcère cornéen non dendritique
- D - Infiltrat numulaire
- E - Abcès de cornée

QCM 9

Quelle est l'étiologie la plus probable ?

- A - Herpétique
- B - Bactérienne
- C - Fongique
- D - Kératite d'exposition
- E - Kératite neuroparalytique

QCM 10

Quel traitement symptomatique prescrivez-vous ?

- A - Larmes artificielles
- B - Pommade vitamine A
- C - Collyre antiviral
- D - Collyre antibiotique
- E - Collyre antifongique

QCM II

Quels traitements chirurgicaux sont à envisager en cas d'orbitopathie dysthyroïdienne ?

- A - Décompression orbitaire
- B - Chirurgie des muscles oculomoteurs
- C - Chirurgie palpébrale
- D - Vitrectomie
- E - Trabéculéctomie

QCM 12

Votre externe vous interroge à présent sur les différentes pathologies palpébrales.

Quelles sont les propositions exactes ?

- A - L'orgelet est un furoncle centré sur un follicule pilosébacé du cil
- B - Le chalazion est un furoncle centré sur un follicule pilosébacé du cil
- C - L'orgelet est un granulome inflammatoire développé sur une glande de Meibomius
- D - Le chalazion est un granulome inflammatoire développé sur une glande de Meibomius
- E - Le chalazion correspond à une infection bactérienne

QCM 13

Quelles sont les propositions exactes concernant l'entropion ?

- A - Il peut se compliquer d'un trichiasis
- B - Il peut être lié à un relâchement des tissus cutanés
- C - Il peut être lié à un relâchement des tissus conjonctivaux
- D - Il peut être lié à une rétraction des tissus conjonctivaux
- E - Il peut être lié à une rétraction des tissus cutanés

QCM 14

Quelles sont les propositions exactes concernant l'ectropion ?

- A - Il peut se compliquer d'un trichiasis
- B - Il peut être lié à un relâchement des tissus cutanés
- C - Il peut être lié à un relâchement des tissus conjonctivaux
- D - Il peut être lié à une rétraction des tissus conjonctivaux
- E - Il peut être lié à une rétraction des tissus cutanés

QCM 15

Un ptôsis d'apparition brutale doit faire rechercher :

- A - Traumatisme
- B - Myasthénie
- C - Dissection carotidienne
- D - Rupture d'anévrisme
- E - Relâchement de l'aponévrose du releveur

RÉPONSES :

**QCM 1 : AC - QCM 2 : D - QCM 3 : DE - QCM 4 : ABCD
- QCM 5 : BCDE - QCM 6 : DE - QCM 7 : C - QCM 8 : A -
QCM 9 : D - QCM 10 : AB - QCM 11 : ABC - QCM 12 : AD
- QCM 13 : ABD - QCM 14 : BE - QCM 15 : ACD.**

Items abordés :

84 - Pathologie des paupières. 240 - Hyperthyroïdie.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. L'exophtalmie associée à une ophtalmopathie dysthyroïdienne est :

- Bilatérale mais souvent asymétrique
- Axile
- Non pulsatile
- Réductible

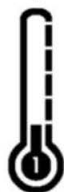
6. L'œdème et la fibrose musculaire entraînent une réelle myopathie, notamment du muscle droit inférieur et médial.

7. La neuropathie optique par compression est rare mais grave.

8. Il s'agit de petites ulcérations disséminées, fluo +.

9. Il s'agit d'une kératite d'exposition liée à l'exophtalmie et à la rétraction palpébrale supérieure.

Difficulté : 1 2 3



Madame X., 65 ans, vous consulte ce jour car elle présente depuis quelques heures une baisse d'acuité visuelle de l'œil droit d'apparition brutale.

Cette semaine elle a déjà présenté plusieurs épisodes de ce type, spontanément résolutifs.

Elle a pour antécédents une HTA équilibrée, une dyslipidémie de type 2a et un tabagisme sevré il y a 2 ans.

À l'examen, l'œil droit est blanc et indolore. L'acuité visuelle est réduite à la perception lumineuse à droite (contre 10/10 P2 à gauche).

QCM I

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- A - OACR droite
- B - OVCR droite
- C - Décollement de rétine de l'œil droit
- D - Neuropathie optique ischémique antérieure droite
- E - Uvéite antérieure

QCM 2

Quelle est la baisse d'acuité visuelle la plus brutale et complète en ophtalmologie ?

- A - OVCR
- B - Décollement de rétine
- C - NORB
- D - NOIAA
- E - OACR

QCM 3

Que retrouverait l'étude des réflexes photomoteurs en cas d'OACR ?

- A - Myosis serré
- B - Semi-mydriase aréflexive
- C - Mydriase aréflexive
- D - Pupille réactive
- E - Myosis punctiforme

QCM 4

Quels signes recherchez-vous au fond d'œil en faveur d'une OACR ?

- A - Rétrécissement diffus du calibre veineux
- B - Courant granuleux
- C - Œdème blanc rétinien
- D - Macula rouge cerise
- E - Veines tortueuses et dilatées

QCM 5

Quels signes recherchez-vous au fond d'œil en faveur d'une OVCR ?

- A - Veines tortueuses et dilatées
- B - Macula rouge cerise
- C - Nodules cotonneux
- D - Œdème papillaire
- E - Hémorragies vitréennes

QCM 6

Quels signes recherchez-vous au fond d'œil en faveur d'un décollement de rétine ?

- A - Rétine en relief, mobile
- B - Déchirure rétinienne
- C - Hémorragies rétinienne
- D - Œdème maculaire
- E - Œdème papillaire

QCM 7

Quels signes recherchez-vous au fond d'œil en faveur d'une neuropathie optique antérieure aiguë ?

- A - Œdème papillaire
- B - Œdème maculaire
- C - Macula rouge cerise
- D - Veines tortueuses dilatées
- E - Courant granuleux

QCM 8

Vous retrouvez tous les signes en faveur d'une OACR. Votre externe vous interroge sur l'intérêt d'une angiographie fluorescéinique.

- A - L'angiographie est indispensable au diagnostic d'OACR
- B - L'angiographie ne doit jamais retarder la prise en charge thérapeutique d'une OACR
- C - L'angiographie montrerait un allongement du temps de perfusion artério-veineux.
- D - L'angiographie montrerait un retard minime de remplissage des branches de l'artère centrale de la rétine
- E - L'angiographie montrerait un retard extrême de remplissage des branches de l'artère centrale de la rétine

QCM 9

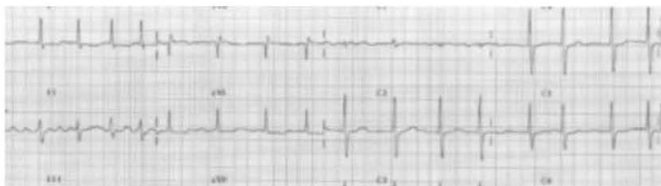
Quels sont les examens utiles au bilan étiologique ?

- A - Mesure de la tension oculaire
- B - Mesure de la tension artérielle
- C - Auscultation cardio-vasculaire
- D - ECG
- E - Echo-doppler des troncs supra-aortiques

QCM 10

Vous reprenez l'examen clinique et le bilan paraclinique à la recherche d'une étiologie.

Voici l'ECG de la patiente :



L'echo-doppler des TSA ne montre pas de plaque d'athérome carotidien.

Quel est votre diagnostic ?

- A - Tachycardie sinusale
- B - Fibrillation auriculaire
- C - Tachycardie ventriculaire
- D - Fibrillation ventriculaire
- E - Flutter auriculaire

QCM II

Comment expliquez-vous les épisodes de BAV brutale spontanément résolutifs qui ont précédé l'OACR ?

- A - AIT occipitaux
- B - Épilepsie partielle
- C - Migraine ophtalmique
- D - Emboles de l'artère centrale de la rétine
- E - Malaises vagues

QCM I2

Quelle est la proposition exacte ?

- A - Les lésions rétinienne définitives apparaissent après 30 minutes d'ischémie
- B - Les lésions rétinienne définitives apparaissent après 90 minutes d'ischémie
- C - Les lésions rétinienne définitives apparaissent après 6 heures d'ischémie
- D - Les lésions rétinienne définitives apparaissent après 24 heures d'ischémie
- E - Les lésions rétinienne définitives apparaissent après 72 heures d'ischémie

QCM 13

De façon générale, quel est le traitement efficace de l'OACR ?

- A - Anticoagulants
- B - Fibrinolytiques
- C - Vasodilatateurs
- D - Hypotonisants
- E - Anti-agrégants plaquettaires

QCM 14

Quelle est la proportion d'OACR en consultation d'ophtalmologie ?

- A - 1/200
- B - 1/2000
- C - 1/10000
- D - 1/100000
- E - 1/500000

QCM 15

Quelles sont les autres étiologies d'OACR ?

- A - Maladie de Horton
- B - Maladie de Takayashu
- C - Athérome carotidien
- D - Lupus érythémateux disséminé
- E - Maladie de Kawasaki

RÉPONSES :

QCM 1 : ABCD - QCM 2 : E - QCM 3 : C - QCM 4 : BCD
- QCM 5 : ACD - QCM 6 : AB - QCM 7 : A - QCM 8 : BCE
- QCM 9 : BCDE - QCM 10 : B - QCM 11 : D - QCM 12 :
B - QCM 13 : B - QCM 14 : C - QCM 15 : ABCDE.

Items abordés :

80 - Anomalie de la vision d'apparition brutale. 221 - Hypertension artérielle de l'adulte.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. L'uvéite antérieure associe une BAV à un œil rouge et douloureux.
4. L'OACR se traduit par un rétrécissement diffus du calibre artériel.
5. Dans l'OVCR, les hémorragies sont rétinienues et disséminées.
8. L'angiographie n'est pas indispensable au diagnostic d'OACR.
11. Il s'agit d'embolies de l'ACR ayant régressé spontanément.
13. **Les fibrinolytiques en injection in situ sont les seuls** agents susceptibles d'être efficaces dans le traitement de l'OACR.

Difficulté : 1 2 3

Vous prenez en charge ce jour plusieurs patients atteints de diplopie.



QCM I

Quelles sont les propositions exactes ?

- A - La diplopie monoculaire disparaît à l'occlusion de n'importe quel œil
- B - La diplopie binoculaire disparaît à l'occlusion de n'importe quel œil
- C - La diplopie monoculaire persiste à l'occlusion de l'œil sain
- D - La diplopie monoculaire persiste à l'occlusion de l'œil atteint
- E - La diplopie monoculaire n'est présente que les deux yeux ouverts

QCM 2

Votre premier patient vous dit voir double lorsque les deux yeux sont ouverts ou à l'occlusion de l'œil gauche uniquement.

Quelles sont les étiologies envisagées ?

- A - Kératocône
- B - Iridodyalyse
- C - Taie cornéenne
- D - Cataracte nucléaire
- E - Rupture d'anévrisme intra-crânien

QCM 3

Après une prise en charge adaptée, vous examinez un second patient, âgé de 30 ans, sans antécédents, qui se plaint de diplopie binoculaire d'apparition brutale. Vous étudiez donc son oculomotricité.

Quel(s) muscle(s) est/sont innervé(s) par le nerf III ?

- A - Oblique inférieur
- B - Oblique supérieur
- C - Muscle orbiculaire
- D - Sphincter pupillaire
- E - Droit latéral

QCM 4

Quel(s) muscle(s) est/sont innervé(s) par le nerf VI ?

- A - L'oblique inférieur
- B - L'oblique supérieur
- C - L'orbiculaire
- D - Le droit latéral
- E - Le droit médial

QCM 5

Quel(s) muscle(s) est/sont innervé(s) par le nerf IV ?

- A - L'oblique inférieur
- B - L'oblique supérieur
- C - L'orbiculaire
- D - Le droit latéral
- E - Le droit médial

QCM 6

Quelles sont les propositions exactes ?

- A - Le droit latéral droit a comme antagoniste le droit médial droit
- B - Le droit latéral droit a comme antagoniste le droit latéral gauche
- C - Le droit latéral droit a comme antagoniste le droit médial gauche
- D - Le droit latéral droit a comme agoniste le droit médial gauche
- E - Le droit latéral droit a comme agoniste le droit médial droit

QCM 7

Vous observez un défaut d'élévation, d'abaissement et d'adduction de l'œil droit. Les RPM sont conservés. Il existe un ptôsis minime de l'œil droit. Quel est votre diagnostic ?

- A - Paralysie du VI
- B - Paralysie du IV
- C - Paralysie du III extrinsèque
- D - Paralysie du III intrinsèque
- E - Paralysie complète du III

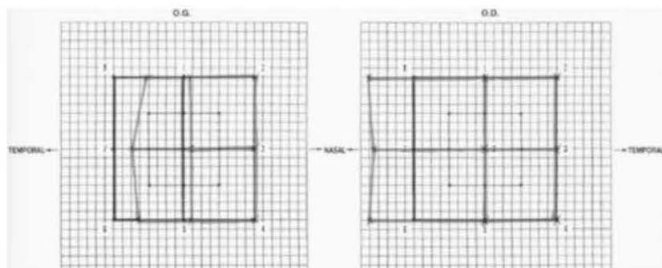
QCM 8

Le patient se plaint par ailleurs de céphalées. Quel est l'examen à réaliser en urgence ?

- A - Angio-TDM cérébral
- B - Glycémie
- C - VS
- D - CRP
- E - TDM orbitaire

QCM 9

L'angio-TDM révèle un anévrisme intracrânien. Vous transférez le patient en urgence dans un hôpital ayant un service de neurochirurgie et un plateau technique de neuroradiologie interventionnelle. L'orthoptiste vient vous voir pour vous demander d'interpréter différents examens. Voici le premier, de quel type d'examen s'agit-il ?



- A - Il s'agit d'un cover test
- B - Il s'agit d'un test de Lancaster
- C - Il s'agit d'une périmétrie automatisée
- D - Il s'agit d'une périmétrie manuelle
- E - Il s'agit d'une topographie cornéenne

QCM 10

Comment interprétez-vous cet examen ?

- A - Paralysie du muscle droit latéral droit
- B - Paralysie du muscle droit latéral gauche
- C - Hyperaction compensatrice du muscle droit médial gauche
- D - Hyperaction compensatrice du muscle droit médial droit
- E - Hyperaction compensatrice du muscle droit latéral droit

QCM 11

À la vue de cet examen, quel est votre diagnostic ?

- A - Paralysie du III droite
- B - Paralysie du III gauche

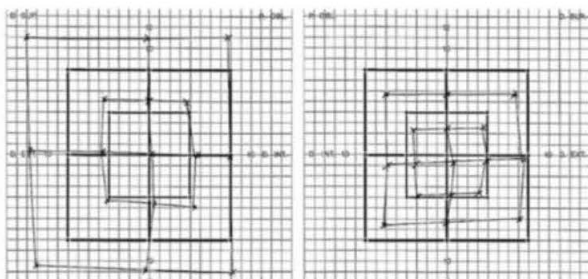
C - Paralysie du VI gauche

D - Paralysie du VI droit

E - Paralysie du IV gauche

QCM 12

Voici le deuxième examen, comment l'interprétez-vous ?



OG

OD

A - Paralysie du muscle droit latéral droit

B - Paralysie du muscle droit latéral gauche

C - Paralysie du muscle droit médial gauche

D - Paralysie du muscle droit médial droit

E - Paralysie du muscle droit supérieur droit

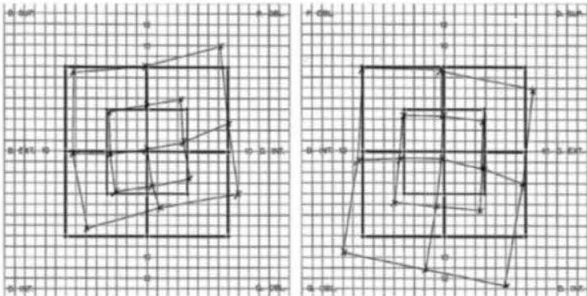
QCM 13

À la vue de cet examen, quel est votre diagnostic ?

- A - Paralysie du III droit
- B - Paralysie du III gauche
- C - Paralysie du VI gauche
- D - Paralysie du VI droit
- E - Paralysie du IV gauche

QCM 14

Voici le troisième examen, comment l'interprétez-vous ?



OG

OD

- A - Paralysie du muscle droit latéral droit
- B - Paralysie du muscle droit latéral gauche

- C - Paralysie du muscle droit médial gauche
- D - Paralysie du muscle oblique supérieur gauche
- E - Paralysie du muscle oblique supérieur droit

QCM 15

À la vue de cet examen, quel est votre diagnostic ?

- A - Paralysie du III droite
- B - Paralysie du III gauche
- C - Paralysie du VI gauche
- D - Paralysie du VI droit
- E - Paralysie du IV gauche

RÉPONSES :

**QCM 1 : BC - QCM 2 : ABCD - QCM 3 : AD - QCM 4 : D -
QCM 5 : B - QCM 6 : AD - QCM 7 : C - QCM 8 : A - QCM
9 : B - QCM 10 : BD - QCM 11 : C - QCM 12 : DE - QCM
13 : A - QCM 14 : D - QCM 15 : E.**

Items abordés :

100 - Diplopie.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

2. Le patient décrit une diplopie monoculaire. Les causes sont donc purement ophtalmologiques : cornéennes, iriennes et cristalliniennes.

3. Le nerf III innerve : les muscles droit médiaux, droit supérieurs et inférieurs. Il innerve aussi l'oblique inférieur, le muscle releveur de la paupière supérieure, le sphincter pupillaire et l'accommodation.

6. Chaque muscle a un antagoniste homolatéral et un agoniste controlatéral.

8. PMZ : toujours éliminer un anévrisme intracrânien devant un III douloureux (même sans atteinte intrinsèque).

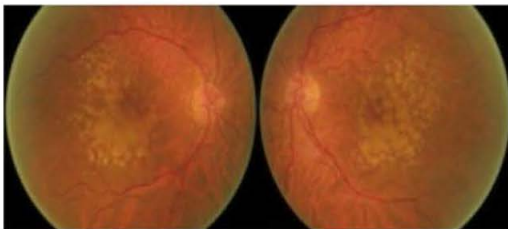
ICONOGRAPHIES EN COULEURS

Sont regroupées dans ce cahier les iconographies qu'il était indispensable de voir en couleur pour pouvoir les interpréter correctement.

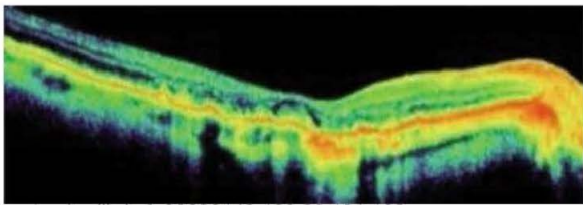
Cas clinique 1 - QCM 3 - Page 12.



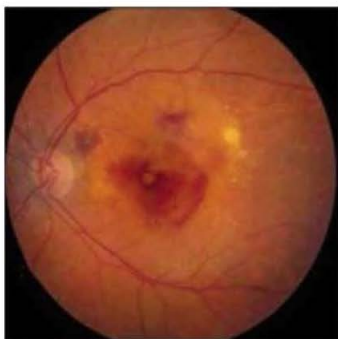
Cas clinique 2 - QCM 4 - Page 23.



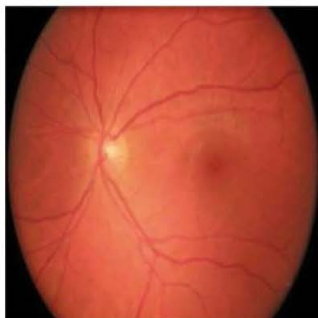
Cas clinique 2 - QCM 5 - Page 23.



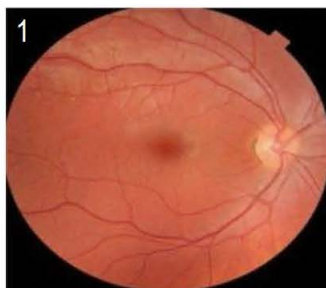
Cas clinique 2 - QCM 12 - Page 27.



Cas clinique 3 - QCM 2 - Page 32.



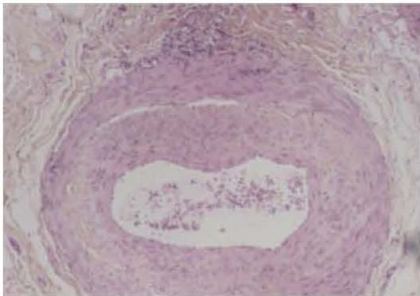
Cas clinique 4 - Énoncé - Page 41.



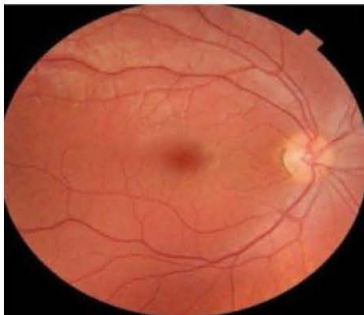
Cas clinique 4 - Énoncé - Page 42.



Cas clinique 4 - QCM 9 - Page 47.



Cas clinique 5 - QCM 1 - Page 53.



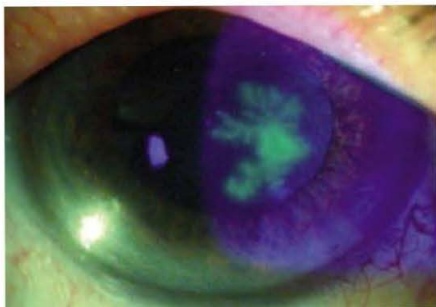
Cas clinique 5 - QCM 2 - Page 54.



Cas clinique 7 - QCM 8 - Page 81.



Cas clinique 7 - QCM 9 - Page 82.



Cas clinique 10 - QCM 6 - Page 110

et

Cas clinique 11 - QCM 11 - Page 122.



Avec la collection **ECN-Intégrale,
prenez une longueur d'avance !**

L'examen national classant a été modifié en profondeur ces dernières années. Le récent passage des cas cliniques écrits aux dossiers progressifs en QCM a radicalement changé la donne, prolongeant la volonté des rédacteurs et des correcteurs de faire des questions les plus « fermées » possibles.

C'est pourquoi nous avons décidé de rédiger cette collection qui se soumet aux dernières règles en vigueur concernant la rédaction des dossiers de 15 questions, à 5 propositions chacune.

Nous espérons qu'elle vous permettra une préparation sereine avec un résultat positif à l'arrivée.

Ces cas ont été rédigés avec soin, et dans la lignée de ceux rédigés pour la banque, sous la supervision de Chefs de Clinique et Professeurs eux-mêmes rédacteurs pour l'ECNi. Il se pourrait même que certaines questions en soient librement inspirées.

À bon entendeur !

L'équipe de rédaction